สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
CHONBURI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

แผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด
คำรับรองการปฏิบัติราชการ
และ
บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ
ในการดำเนินงานพัฒนาด้านสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand ๔.๐ เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง และสังคมผู้สูงอายุ โดยมีวิสัยทัศน์คือ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” พันธกิจองค์การ คือ “พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน” โดยมีเป้าประสงค์เพื่อ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ๑)ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection Excellence) ๒) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) กรอบแนวทางการดำเนินงาน ๑๕ แผนงาน ๔๕ โครงการ ๘๐ ตัวชี้วัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ประกอบด้วย ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๑ กลยุทธ์ ๒๘ ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) และสภาพปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดชลบุรี โดยผ่านการรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานเครือข่าย จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ภายใต้วิสัยทัศน์ “ ๒๕๗๙ ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สู่เมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน” มีเป้าประสงค์เพื่อ “ประชาชนสุขภาพดี มีอายุยืนยาว อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี และอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี หน่วยงานสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข และระบบสุขภาพของจังหวัดชลบุรียั่งยืน” และได้จัดทำเป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง,สาธารณสุขอำเภอ ๑๑ อำเภอ และจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขกับโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงอื่น เครือข่ายบริการสุขภาพ ๔ แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุข ๒ แห่ง ได้แก่ เมืองพัทยา และเทศบาลเมืองหนองปรือ ถ่ายทอดนโยบายและตัวชี้วัดสำคัญสู่การนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่

ขอขอบคุณ หน่วยงานเครือข่ายบูรณาการ ที่ร่วมแสดงความคิดเห็นการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นคู่มือและแนวทางในการกำกับ ติดตามการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของจังหวัดชลบุรี ได้เป็นอย่างดี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

สารบัญ

หน้า

แผนยุทธศาสตร์และทิศทางการพัฒนา ๑
บริบทปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ๒
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชลบุรี ๒๐ ปี(๒๕๖๐-๒๕๗๙) ๔
ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์และตัวชี้วัด ๕
สรุปแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๑ ๗
แผนยุทธศาสตร์องค์การสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๗๙ ๑๓
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย
เป้าประสงค์ ๑ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน
กลยุทธ์ที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัด ๑) อัตราส่วนการตายมารดาไทย ๑๔
ตัวชี้วัด ๒) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ cavity free ๑๗
ตัวชี้วัด ๓) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑๙
ตัวชี้วัด ๔) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ๒๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการภัยสุขภาพ
เป้าประสงค์ ๒. มีการจัดการภัยสุขภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ บูรณาการทุกภาคส่วน
กลยุทธ์ที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัด ๕) ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ๒๙
ตัวชี้วัด ๖) ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ๓๒
ตัวชี้วัด ๗) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓๖
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ตัวชี้วัด ๘) อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ ครบ ๖ ประเด็น ๔๐
เป้าประสงค์ ๓. ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดชลบุรี
กลยุทธ์ที่ ๓ : การพัฒนาระบบการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน
การควบคุมโรคติดต่อ
ตัวชี้วัด ๙) ระดับความสำเร็จการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน ๔๗
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ
เป้าประสงค์ ๔. ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย มีคุณภาพมาตรฐาน ไร้รอยต่อ
กลยุทธ์ที่ ๔ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
ตัวชี้วัด ๑๐) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ๕๐
กลยุทธ์ที่ ๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

หน้า

ตัวชี้วัด ๑๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ๕๒
ตัวชี้วัด ๑๒) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง ๕๗
ตัวชี้วัด ๑๓) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๖๑
ตัวชี้วัด ๑๔) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ๖๗
ตัวชี้วัด ๑๕) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ๗๑
ตัวชี้วัด ๑๖) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ๗๔

กลยุทธ์ที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัด ๑๗) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) ๗๗

กลยุทธ์ที่ ๗ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ๑๘) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๘๑
ตัวชี้วัด ๑๙) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๓
ตัวชี้วัด ๒๐) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ๘๗
ตัวชี้วัด ๒๑) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ๙๐
ตัวชี้วัด ๒๒) ระดับความสำเร็จของคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล(มาตรฐาน ๘ วิชาชีพ) ๙๓

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ ๕. บุคลากรสาธารณสุข มีความสุขในการทำงานมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี

กลยุทธ์ที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ๒๓) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ๙๕
ตัวชี้วัด ๒๔) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ๙๘
ตัวชี้วัด ๒๕) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.) ๑๐๓

เป้าประสงค์ ๖. จังหวัดชลบุรีมีระบบบริหารจัดการที่ทันสมัย เอื้อต่อการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพและมีธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ๒๖) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ๑๐๗

กลยุทธ์ที่ ๑๐ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด ๒๗) ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ๑๑๒

กลยุทธ์ที่ ๑๑ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ๒๘) ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ ๑๑๕

ภาคผนวก ๑ แผนยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแผนพัฒนาบุคลากรจังหวัดชลบุรี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ๑๒๑

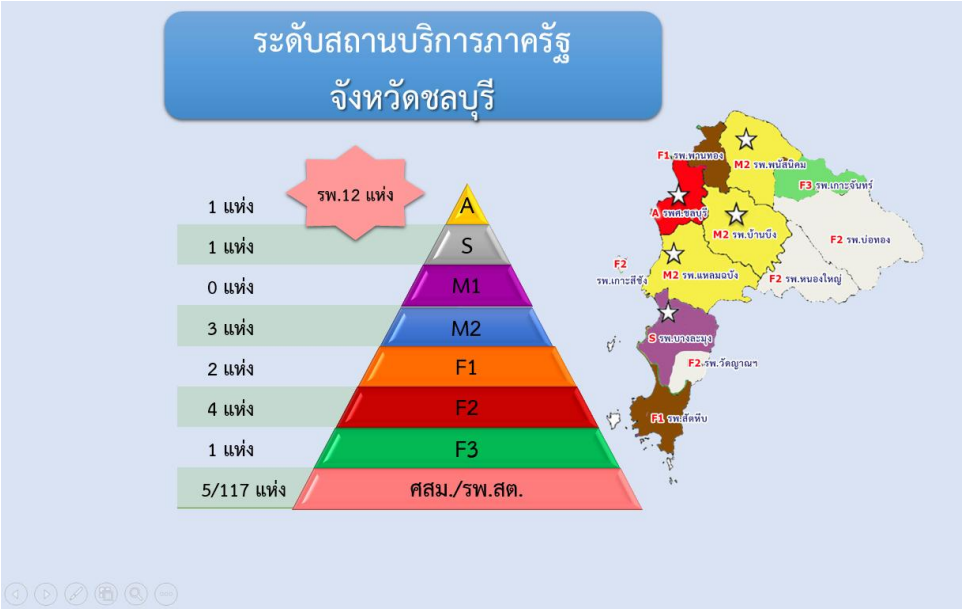
ภาคผนวก ๒ ตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ๑๓๑

แผนยุทธศาสตร์และทิศทางการพัฒนาการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

จังหวัดชลบุรี ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพ ฯ ไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข ๓๔(บางนา-ตราด) ประมาณ ๘๑ กิโลเมตร ติดทะเลอ่าวไทยมีความยาวถึง ๑๖๐ กิโลเมตร เป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งด้านอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว มีชายทะเลที่มีชื่อเสียงระดับโลก คือ พัทยา และบางแสน มีเกาะมากถึง ๔๕ เกาะ เกาะที่เป็นเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญมีชื่อเสียง คือ เกาะสีชัง และเกาะล้าน จังหวัดชลบุรีมีเนื้อที่ ๔,๓๖๓ ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองเป็น ๑๑ อำเภอ ๙๒ ตำบล ๖๘๗ หมู่บ้าน เทศบาลนคร ๒ แห่ง เทศบาลเมือง ๑๐ แห่ง เทศบาลตำบล ๓๕ แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล ๕๐ แห่ง และมีรูปแบบการปกครองพิเศษ ๑ แห่ง คือ “เมืองพัทยา” มีประชากรรวมทั้งสิ้น ๑,๔๘๓,๐๔๙ คน แยกเป็น เพศชาย ๗๒๖,๙๑๘ คน เพศหญิง ๗๕๖,๑๓๑ คน จำนวนหลังคาเรือน ๙๔๙,๘๒๙ หลังคาเรือน ความหนาแน่นเฉลี่ย ๓๔๐ คน ต่อ ตารางกิโลเมตร

การจัดระบบบริการสุขภาพ

จังหวัดชลบุรี มีโรงพยาบาล ๑๒ แห่ง แบ่งเป็นระดับ A ๑ แห่ง (รพศ.ชลบุรี) ระดับ S ๑ แห่ง (รพท.บางละมุง) ระดับ M๒ จำนวน ๓ แห่ง (รพ.พนัสนิคม,รพ.แหลมฉบัง,รพ.บ้านบึง) ระดับ F๑ จำนวน ๒ แห่ง ระดับ F๒ ๔ แห่ง ระดับ F๓ ๑ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ๕ แห่ง รพ.สต. ๑๑๘ แห่ง



บริบทปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

๑. นโยบายรัฐบาล ตามที่รัฐบาลกำหนดให้จังหวัดชลบุรีเป็น ๑ ใน ๓ จังหวัดเป้าหมาย ตามโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor Development : EEC) ซึ่งรัฐบาลจะมีการพัฒนาและลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานของรัฐบาลหลักๆ ได้แก่ โครงการรถไฟความเร็วสูง กรุงเทพ พัทยา ระยอง โครงการพัฒนาท่าอากาศยานอู่ตะเภา พัทยา โครงการพัฒนาท่าเรือแหลมฉบัง ส่งผลให้เกิดการขยายตัวด้านเศรษฐกิจและภาคอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วมากขึ้น จะส่งผลถึงวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองเร็วมากขึ้น มีการจราจรที่หนาแน่นขึ้น มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น รวมถึงความเสี่ยงในการเกิดการระบาดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เมื่อมีนักท่องเที่ยวเดินทางผ่านสนามบินอู่ตะเภามาพัทยาได้รวดเร็วมากขึ้น

๒.ปัจจัยทางสังคม

๒.๑ การเคลื่อนย้ายของประชากรและประชากรแฝง ซึ่งในอนาคตอีก ๒๐ ปีข้างหน้า จะเกิดการจ้างงานจำนวนมากมีประชากรวัยแรงงานเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงาน และอาศัยเพิ่มขึ้นในจังหวัดชลบุรี อีกประมาณ ๒ ล้านคน โดยจะมีประชากรที่ใช้สิทธิประกันสังคมมากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกเท่าตัว และเมื่อรวมประชากรสิทธิข้าราชการ แรงงานต่างด้าว และนักท่องเที่ยวที่มากถึงปีละ ๑๐ ล้านคน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรีในอนาคตเป็นอย่างมาก

๒.๒ สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น แนวโน้มประชากรของจังหวัดชลบุรี เปรียบเทียบ ๒๐ ปี ที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรกลุ่มวัยสูงอายุ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ สัดส่วนยังน้อยกว่าเขต และประเทศ เนื่องจากมีประชากรวัยทำงานเคลื่อนย้ายเข้ามาในสัดส่วนที่มากกว่า

๓. ปัญหาสุขภาพ

กลุ่มวัย/งาน	ปัญหาสุขภาพ
๑.กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) / สตรี	- อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (๒๐/แสน) - ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๐ *(๓๓.๕๑%)* - ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑ (๕๘.๓๐%)
๒.กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)	- ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖ *(๖๔.๐๖%)* - เด็กอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒ (๕๓.๘๐%)
๓.กลุ่มเด็กวัยรุ่น / นักศึกษา (๑๕ -๒๑ ปี)	- ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (อายุ ๑๕-๑๙ ปี) ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี *(๓๕.๐๘/พัน)*

กลุ่มวัย/งาน	ปัญหาสุขภาพ
๔.กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)	- อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน *(๒๘.๐๔/แสน)* - ควบคุม DM ร้อยละ ๔๐ *(๒๗.๓๖%)* /HT ร้อยละ ๕๐ *(๑๘.๗๗%)*
๕.กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)	การปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการ ผู้สูงอายุ
๖. ด้านการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	โรคไข้เลือดออก, วัณโรค, อาหารเป็นพิษ, มือเท้าปาก, โรคพิษสุนัขบ้า ความเสี่ยงเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ MERS-CoV, Zika Virus Disease ไข้กาฬหลังแอ่น Diphtheria
๗. ด้านคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานบริการด้านสุขภาพ	- พบสารปนเปื้อนในอาหาร * *ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลีน และสารเร่งเนื้อแดง* * - สถานพยาบาล/สถานประกอบการที่กระทำผิดกฎหมายได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย
๘. ด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	- ข้อมูลจากสภาพปัญหา, สถานการณ์, เหตุร้องเรียน, อุบัติภัยจากสิ่งแวดล้อม - ขยะติดเชื้อในสถานพยาบาล / การจัดบริการอาชีวอนามัยและอาชีวเวชศาสตร์ในสถานพยาบาล ไม่ครอบคลุม
๙. ระบบบริการ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระบบส่งต่อ	HA , ความแออัดของผู้รับบริการ, มาตรฐาน QSC คุณภาพการรักษาผู้ป่วย Stemi , Stroke , CA , NCD , ไต CVD Risk ระบบส่งต่อ และรับกลับ Thai Refer
๑๐ ระบบข้อมูลสารสนเทศ	คุณภาพข้อมูลและนำไปใช้ประโยชน์ ๔๓ แฟ้ม OPD/IPD และ PP

สถิติชีพ ในปี ๒๕๕๙ พบว่า จังหวัดชลบุรี อัตราเกิดมีชีพ ๒๐.๙๐ ต่อพันประชากร อัตราตาย ๘.๐๕ ต่อพันประชากร อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ ร้อยละ ๑.๒๙ อัตราทารกตาย ๔.๗๐ ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตรามารดาตาย ๑๑.๘๙ ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ผู้หญิง ๘๐.๓ ปี ผู้ชาย ๗๐.๙ ปี จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาสาธารณสุข ขนาด ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา และความร่วมมือของประชาชน ได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขและภารกิจงานสำคัญของจังหวัดชลบุรี เพื่อใช้ในการวางแผนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ ดังนี้ ๑.โรคไข้เลือดออก ๒.โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ๓.อุบัติเหตุทางถนน ๔.คุณภาพการรักษา Stemi , Stroke , CA ๕.โรคพิษสุนัขบ้า ๖.การจัดบริการอาชีวอนามัยและอาชีวเวชศาสตร์ในสถานพยาบาลไม่ครอบคลุม ๗.สารปนเปื้อนในอาหาร ๘.ขยะติดเชื้อ ๙.การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล HA ๑๐. ด.ญ.แม่ (ตั้งครรภ์ไม่พร้อม)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชลบุรี ๒๐ ปี (ปี พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๗๙)

วิสัยทัศน์ ๒๕๗๙ ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สู่เมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน

ค่านิยม : MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข

พันธกิจ (Mission)

๑. ดำเนินการตามนโยบาย มาตรฐาน กฎหมาย และบริหารจัดการ รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมินผล บนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ มีธรรมาภิบาล และองค์กรมีความสุข

๒. จัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และไร้รอยต่อ

๓. อภิบาลระบบสุขภาพ โดยให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน

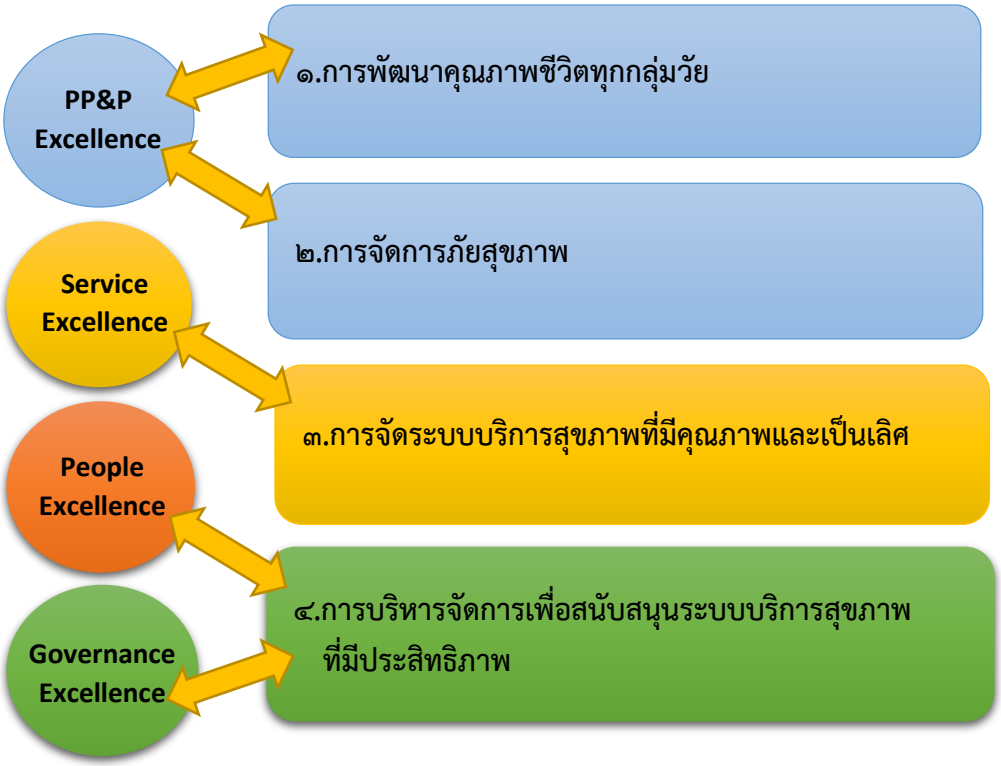
เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

๑. ประชาชนสุขภาพดีมีอายุยืนยาว อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๒. หน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ระบบสุขภาพของจังหวัดชลบุรียั่งยืน (ประชาชนเข้าถึงบริการ พึ่งตนเองด้านสุขภาพ ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน)

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) สู่การปฏิบัติ จังหวัดชลบุรี



ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์และตัวชี้วัด

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

เป้าประสงค์ ๑.ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพชุมชน อย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑) อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๒) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ cavity free

๓) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

๔) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์ ๒. มีการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ บูรณาการทุกภาคส่วน

กลยุทธ์ที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๕) ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

๖) ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

๗) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๘) อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการครบ ๖ ประเด็น

เป้าประสงค์ ๓. ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดชลบุรี

กลยุทธ์ที่ ๓ : การพัฒนาระบบการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน

การควบคุมโรคติดต่อ

๙) ระดับความสำเร็จของอำเภอในการจัดการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ ๔.ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย มีคุณภาพมาตรฐาน ไร้รอยต่อ

กลยุทธ์ที่ ๔ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

๑๐) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

กลยุทธ์ที่ ๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

๑๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๑๒) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง

๑๓) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๑๔) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

๑๕) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

๑๖) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑๗) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

กลยุทธ์ที่ ๗ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

๑๘) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๑๙) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒๐) ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

๒๑) ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

๒๒) ระดับความสำเร็จของคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล(มาตรฐาน ๘ วิชาชีพ)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ ๕. บุคลากรสาธารณสุข มีความสุขในการทำงานมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี

กลยุทธ์ที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๒๓) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

๒๔) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

๒๕) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)

เป้าประสงค์ ๖. จังหวัดชลบุรีมีระบบบริหารจัดการที่ทันสมัย เอื้อต่อการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพและมีธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ที่ ๙ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๒๖) ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

กลยุทธ์ที่ ๑๐ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๒๗) ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

กลยุทธ์ที่ ๑๑ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

๒๘) ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์

สรุปแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๑

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)
๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย	๑.ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน	๑.โครงการอนามัยแม่และเด็ก	๑.การบริหารจัดการ (MCH Board) จังหวัด และอำเภอ ๒.บูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยในชุมชน ๓.ติดตามประเมินผล	๑๙๔,๗๘๐
		๒.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย	๑.จัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงมีครรภ์ และเด็ก ๐-๓ ปี ๒.จัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากในโรงเรียนอนุบาล และศูนย์เด็กเล็ก	๗๐,๗๐๐
		๓.โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน	๑.จัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน ๒.สร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๔๗,๗๐๐
		๔.โครงการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	๑.ประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดชลบุรี ๒.เฝ้าระวังการคลอดของแม่วัยรุ่นอำเภอที่มีอัตราการคลอดสูง ๓.ประเมินผลการฝังยาคุมกำเนิดของแม่วัยรุ่น ๔.ติดตามเยี่ยมเสริมพลังโรงเรียน ๕.ประเมินมาตรฐานคลินิกวัยรุ่น YFHS ใน รพ.ทุกแห่ง และ รพ.สต.	๘๘,๖๐๐
		๕.โครงการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๑.ขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๒.วิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา จัดทำแผน/ดำเนินการตามแผนและสรุปบทเรียนการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ ๓.ประเมินผลการดำเนินงาน ด้วย UCARE	๓๗,๙๐๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)
๒.การจัดการภัยสุขภาพ	๒.มีการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ บูรณาการทุกภาคส่วน	๖.โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑.ประชุมศูนย์ EOC และทีม SAT และการซ้อมแผน TTX หรือซ้อมแผนภาคสนาม ๒.เฝ้าระวังสถานการณ์โรคทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ๓.ติดตามนิเทศและประเมินผลการดำเนินงาน	๕๘,๗๕๕
		๗.โครงการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนน	๑.บูรณาการข้อมูลการตาย ๓ ฐาน ร่วมกับ ปภ. ตำรวจ และบริษัทกลาง ๒.สำรวจและวิเคราะห์จุดเสี่ยง/จุดอันตราย ๓.ประชุมขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนน จังหวัดชลบุรี ๔.สนับสนุนให้ดำเนินการมาตรการชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับท้องถิ่น	๑๕,๖๐๐
		๘.โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	๑.ประชุมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการด้านอาหาร ๒.ตรวจประเมินมาตรฐานการผลิตอาหาร/ตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหาร ๓.เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร ส่งตรวจวิเคราะห์และตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๔.ประชุมคณะกรรมการอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด	๑๙๐,๙๔๘
		๙.โครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อม	๑.การพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขรวมใจรณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital / GREEN Office) ๒.การพัฒนาส้วมสาธารณะให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (HAS) ๓.การพัฒนาบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานในแต่ละ Setting ๔.การดำเนินงานชุมชนต้นแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม Active Community /GREEN Community/พื้นที่เสี่ยงมลพิษ Hot Zone และพื้นที่เสี่ยงผลกระทบ EEC	๖๐,๐๐๐
	๓. ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดชลบุรี	๑๐.โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	๑.การจัดทำคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงาน ๒.อบรมการใช้โปรแกรม ร.๓๖ ๓.ติดตามนิเทศ และประเมินผลการดำเนินงาน	๑๗,๐๐๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)
๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ	๔.ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย มีคุณภาพมาตรฐาน ไร้รอยต่อ	๑๑.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพ	๑.ทบทวนแผนจัดตั้ง PCC ตามเกณฑ์ ๓ S ๒.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ คืนข้อมูล ถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนา PCC ๓.นิเทศ ติดตามกำกับการดำเนินงาน PCC ๔.ประเมินผล และจัดทำแนวทางการพัฒนา PCC ตามบริบทของพื้นที่	๓๗,๙๐๐
		๑๒.โครงการ ลดเสี่ยง เลี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	๑.พัฒนาระบบข้อมูล NCDs ๒.การคัดกรองโรคเบาหวาน /ความดันโลหิตสูงในประชาชน ๓๕ปี ขึ้นไป ๓.ผลิตสื่อ เอกสาร/สมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยงมอบให้หน่วยบริการ ๔.หน่วยบริการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง (Pre-DM & Pre-HT) ๕.สร้างชมรม/กลุ่ม (๑๐๐ ลดเสี่ยงเลี่ยงโรค DM HT) ๖.คัดเลือกและมอบรางวัล หน่วยงานดีเด่น ๑๐๐ เสี่ยง เลี่ยงโรค NCD จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	๕๐,๐๐๐
		๑๓.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑.ประชุมคณะกรรมการฯ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างหน่วยบริการ ๒.ผลิตคู่มือ แนวทางและสื่อสนับสนุนหน่วยบริการ ๓.การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันฯ / CVD Risk ๔.สนับสนุนการปรับพฤติกรรมจัดการโรคด้วยตนเอง ๕.การจัดค่าย DM /HT ของหน่วยบริการ ๖.เยี่ยม/พัฒนาคลินิก NCD/CKD คุณภาพ (รพ./รพ.สต.) ๗.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน NCD แบบบูรณาการ ๘.พัฒนาระบบข้อมูล NCDs	๒๘,๐๐๐
		๑๔.โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันและรักษาวัณโรค	๑.ประชุมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานด้านวัณโรค (DOTMEETING) ๒.จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ด้านวัณโรค ๓.ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ แนวทางการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การควบคุม ป้องกันวัณโรค ในพื้นที่ ๔.ติดตามการดำเนินงานการกำกับการกินยา ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาด (MDR-TB) และประเมินฐานมาตรการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล	๑๑๕,๘๐๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)
๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ (ต่อ)	๔.ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย มีคุณภาพมาตรฐาน ไร้รอยต่อ (ต่อ)	๑๕.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๑.ประชุมคณะกรรมการ RDU Hospital ระดับจังหวัด เขต ๒.จัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๓.พัฒนาศักยภาพร้านขายยา โรงพยาบาลเอกชนสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๙๙,๐๐๐
		๑๖.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan	๑.ประชุมคณะกรรมการ Service Plan ระดับจังหวัด ๒.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Fast tract คุณภาพและ Node คุณภาพ นวัตกรรม สื่อสารเชิงรุกแก้ไขปัญหา การเข้าถึงบริการ Stroke, STEMI และ Sepsis ๓.ฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพบุคลากร อสม. รพ.สต. และระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ Stroke/STEMI/Sepsis	๒๑,๕๐๐
		๑๗.โครงการพัฒนาระบบบริการ One day surgery	๑.พัฒนาระบบการให้บริการ One day surgery	๘,๐๐๐
		๑๘.โครงการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดชลบุรี	๑.พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการให้บริการแพทย์แผนไทยให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ๒.พัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ๓.สำรวจ ตรวจสอบ รวบรวม และจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ๔.ส่งเสริมความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยในโรงเรียนประถมศึกษาและประชาชนทั่วไป ๕.ส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยในหน่วยงานและชุมชน ๖.พัฒนามาตรฐานการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	๑๙๔,๕๒๐
		๑๙.โครงการพัฒนาระบบบริการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วย จังหวัดชลบุรี	๑.ประชุมคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง ๒.Video con. กรณีมี AE ในการส่งต่อ ๓.สนับสนุนให้สสอ.และรพ.เป็นพี่เลี้ยงอบรมการใช้ระบบส่งต่อ Thai refer ๔.ติดตาม กำกับคุณภาพ การใช้โปรแกรม Thai refer ทั้งบริการส่งต่อ และ รับกลับ เชื่อมโยงกับชุมชนและศูนย์ COC รวมทั้งการรายงานและการวิเคราะห์ข้อมูล ๕.แลกเปลี่ยนเรียนรู้และReferal audit	๕,๕๐๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)
๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ (ต่อ)	๔.ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย มีคุณภาพมาตรฐาน ไร้รอยต่อ (ต่อ)	๒๐.โครงการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รองรับภาวะปกติและภัยพิบัติ	๑.สนับสนุนค่าชดเชยบริการ ๒.สนับสนุนเพื่อพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ๓.สนับสนุนค่าบริหารจัดการแพทย์ แม่ข่าย ๔ แห่ง ๔.ประชุมพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ECS/ER คุณภาพ เครือข่ายการแพทย์ การแข่งขัน EMS Rally ทุกระดับ Mini Mert รองรับสาธารณภัยและภัยพิบัติ ประชุมเตรียมการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ Ems Rally ในเขตสุภาพที่ ๖ ๕.การตรวจมาตรฐานรถปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ ๖.จัดจ้างบุคลากรสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชลบุรี	๒,๐๘๑,๓๑๔
		๒๑.โครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๑.การจัดทำแผนพัฒนาสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) (ประเมินส่วนขาดทุกหมวด จัดทำ OFI และแผนปฏิบัติการ) ๒.ถ่ายทอดแนวทางการพัฒนา PMQA ลงสู่ สสอ.ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน ๓.ประเมินผล และเสนอแผนพัฒนา PMQA	๕๗,๓๐๐
		๒๒.โครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี	๑.จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในสังกัดร่วมกับเครือข่าย ๘ วิชาชีพ ๒.อบรมพัฒนาทีมนำ HA ๓.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ HA คุณภาพระดับจังหวัด ๔.ติดตามประเมินคุณภาพ HA ตรวจประเมิน HA บูรณาการกับเครือข่าย ๘ วิชาชีพ	๑๓,๒๕๐
		๒๓.โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	๑.จัดทำแนวทางเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว ๒.การประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ๓.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการประเมิน	๑๐๘,๙๐๐
		๒๔.โครงการประเมินคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพในโรงพยาบาล	๑.การปรับปรุงแนวทาง เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐาน ๒.การออกประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ๘ วิชาชีพ ๓.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการประเมิน	๑๑๑,๑๒๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)
๔ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	๕.บุคลากรสาธารณสุขมีความสุขในการทำงาน มีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจ และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี	๒๕.โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารกำลังคนและพัฒนาบุคลากร	๑.วิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนและจัดทำกรอบอัตรากำลังคนตามโครงสร้างใหม่ ๒.ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคล ๓.การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ติดตามและทบทวนแผนพัฒนาบุคลากร	๔๐๓,๗๐๐
		๒๖.โครงการสนับสนุนการสร้างสุขสำหรับบุคลากรในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	๑.ประชุมคณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือก Role Model บุคลากรทุกสายวิชาชีพ และ แผน Campaign ๒.ประชุมเชิงปฏิบัติการทีมสร้างสุขและค่านิยมองค์กร MOPH จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การสร้างสุขและค่านิยมองค์กร ๓.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง องค์กรสร้างสุข และกระบวนการขับเคลื่อน MOPH	๑๐๖,๖๐๐
		๒๗.โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)	๑.สำรวจจำนวนครัวเรือน และจัดทำรายงาน ๒.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ๓.ประชุมอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)	๕,๒๐๐
	๖. จังหวัดชลบุรีมีระบบบริหารจัดการที่ทันสมัยเอื้อต่อการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ และมีธรรมาภิบาล	๒๘.โครงการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสุขภาพ (Medical Record Audit)	๑.อบรมคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสุขภาพ (Medical Record Audit) ระดับจังหวัด ๒.Audit Data (สุ่มตรวจสอบเวชระเบียนโรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชลบุรี)	๗๕,๒๕๐
		๓๐.โครงการพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐาน	๑.ประชุมคณะทำงานข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ (ระดับจังหวัดและอำเภอ) ๒.Web Conference ประชาสัมพันธ์กิจกรรมสำคัญล่วงหน้า , สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในเดือนที่ผ่านมา และแนวทางแก้ไข ๓.Audit Data (เฉพาะที่มีปัญหาและการลงพื้นที่ร่วมกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง) ๔.Clear & Clean Basic Data (แฟ้ม Person , Chronic)	๒๒๐,๖๕๐
๔ ประเด็นยุทธศาสตร์	**๖ เป้าประสงค์**	**๓๐ โครงการ**		**๔,๕๘๕,๔๘๗ บาท**

แผนยุทธศาสตร์องค์การสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2560 -2579

วิสัยทัศน์

2579 ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สู่เมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน

เป้าหมายระยะ 20 ปี (2579)

1. ประชาชนสุขภาพดี มีอายุยืนยาว อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ไม่น้อยกว่า 85 ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy) ไม่น้อยกว่า 75 ปี
2. หน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. ระบบสุขภาพของจังหวัดชลบุรียั่งยืน (ประชาชนเข้าถึงบริการ พึ่งตนเองด้านสุขภาพ ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน)

เป้าหมายระยะ 4 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

เป้าประสงค์ 1.ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย
2) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
3) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
4) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ที่มีคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดการภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์ 2.มีการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ บูรณาการทุกภาคส่วน

กลยุทธ์ที่ 2 : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

5) ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
6) ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
7) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

8) อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ ครบ 6 ประเด็น

เป้าประสงค์ 3. ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดชลบุรี

กลยุทธ์ที่ 3 : การพัฒนาระบบการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน การควบคุมโรคติดต่อ

9) ระดับความสำเร็จของอำเภอในการจัดการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และบริการเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ 4.ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึง บริการสุขภาพ ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย มีคุณภาพมาตรฐาน ไร้รอยต่อ

กลยุทธ์ที่ 4 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

10) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่(Primary Care Cluster)

กลยุทธ์ที่ 5 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

11) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
12) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง
13) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล
14) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI
15) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
16) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

17) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

กลยุทธ์ที่ 7 : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

18) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
19) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
20) ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA)
21) ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ
22) ระดับความสำเร็จของคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล (มาตรฐาน 8 วิชาชีพ)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ 5. บุคลากรสาธารณสุข มีความสุขในการทำงานมีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจและเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี

กลยุทธ์ที่ 8 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

23) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
24) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)
25) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)

เป้าประสงค์ 6. จังหวัดชลบุรีมีระบบบริหารจัดการที่ทันสมัย เอื้อต่อการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ และมีธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ที่ 9 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

26) ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

กลยุทธ์ที่ 10 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

27) ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

กลยุทธ์ที่ 11 : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

28) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564
4 ประเด็นยุทธศาสตร์
11 กลยุทธ์
28 ตัวชี้วัด

ประเด็นยุทธศาสตร์ : **พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย**
(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
ชื่อแผนงาน : **๑.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)**
ชื่อโครงการ : **๑.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย**

ชื่อตัวชี้วัด : **๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย**
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.

คำนิยาม : **การตายมารดา หมายถึง** การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดภายใน ๔๒วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน	๘.๑๐	๓.๙๙	๒๐

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
	ไม่เกิน ๒๐ : แสนของการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๑๗ : แสนของการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๑๗ : แสนของการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๑๕ : แสนของการเกิดมีชีพ

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงปริมาณ (๓๐ คะแนน)

เกณฑ์คะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
อัตรา: ๑๐๐,๐๐๐ ของการเกิดมีชีพ	> ๓๐	๒๑-๓๐	๑๑-๒๐	๑-๑๐	๐
เทียบคะแนน	๖ คะแนน	๑๒ คะแนน	๑๘ คะแนน	๒๔ คะแนน	๓๐ คะแนน

เป้าหมายผ่านเกณฑ์ ระดับ ๔

เกณฑ์การให้คะแนน: เชิงคุณภาพ

ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (๗๐ คะแนน)					
๑. สาธารณสุขอำเภอมีการ สรุป/วิเคราะห์ ผลงานกิจกรรมตามเกณฑ์เชิงคุณภาพ ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบ					
เกณฑ์คะแนน	**๒๐ คะแนน**	**๔๐ คะแนน**	**๖๐ คะแนน**	**๘๐ คะแนน**	**๑๐๐ คะแนน**
ร้อยละ	ร้อยละ ๒๐ ของรพ/รพ.สต.	ร้อยละ ๒๑- ๔๐ ของรพ/รพ.สต.	ร้อยละ ๔๑- ๖๐ ของรพ./รพ.สต.	ร้อยละ ๖๑- ๘๐ ของรพ./รพ.สต.	ร้อยละ ๘๑- ๑๐๐ ของรพ./รพ.สต

เกณฑ์การให้คะแนน: เชิงคุณภาพ

ระดับโรงพยาบาล (๗๐ คะแนน)				
๒๐ คะแนน	**๒๐ คะแนน**	**๒๐ คะแนน**	**๒๐คะแนน**	**๒๐ คะแนน**
๑. สรุปผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ตามสมุดสีชมพู และจัดอันดับ พบภาวะเสียงอย่างน้อย ร้อยละ ๒๐ (๑๐ คะแนน) ๒. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับดูแล/แก้ไข โดยมีแผนงาน/โครงการรองรับ (๑๐ คะแนน)	๑. ห้องคลอดมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณางานส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐานการจำแนกความเสี่ยงแนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน (ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์) (๒๐ คะแนน)	๑. ห้องคลอดมีระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอดด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM (Electronic Fetal monitoring) ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ (๒๐ คะแนน)	๑.ห้องคลอดมีระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงหรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ในadmission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น ๒๐ คะแนน)	๑. ห้องคลอดมีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์) (๑๐ คะแนน) ๒. ห้องคลอดมีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน (๑๐ คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน: เชิงคุณภาพ

ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (๗๐ คะแนน)				
๒๐ คะแนน	**๒๐ คะแนน**	**๒๐ คะแนน**	**๒๐ คะแนน**	**๒๐ คะแนน**
๑. มีสรุปผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ตามสมุดสีชมพู และจัดอันดับ พบภาวะเสี่ยงอย่างน้อย ร้อยละ ๒๐ (๒๐ คะแนน)	๑.มีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) (๒๐ คะแนน)	๑. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบได้รับความรู้/แลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานแม่และเด็ก จากการเข้าอบรม หรือเข้าประชุมMCH .b ระดับอำเภอ/จังหวัด อย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง (๒๐ คะแนน)	๑.มีบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดแม่และเด็กเข้าในระบบHDC และสามารถนำมาใช้วิเคราะห์ผลงานได้ตามจริง (๒๐ คะแนน)	๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และประเมินซ้ำเมื่อครบ ๓ ปี (๒๐ คะแนน)

<u>คะแนนคุณภาพระดับสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.</u>					
เกณฑ์ระดับ	**ระดับ ๑**	**ระดับ ๒**	**ระดับ ๓**	**ระดับ ๔**	**ระดับ ๕**
คะแนน	< ๖๐	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	≥**๙๐**

เป้าหมายผ่านเกณฑ์ ระดับ ๔

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางขวัญยืน โบขุนทด ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 038-932-478 E-mail : yuen2507@hotmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางอัจฉรา เกตุรัตนกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 038-932-478

ประเด็นยุทธศาสตร์ :.....การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย.....
ชื่อแผนงาน :.....โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน.....
ชื่อโครงการ : .....ส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน.....
ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒ : .....**ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)**.....
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : ( ) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.
คำนิยาม : **กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี หมายถึง** กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษา
ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
เด็กอายุ ๑๒ ปีไม่มีฟันผุ (Caries Free)	ร้อยละ	๓๙.๓๖	๔๔.๓๑	๔๕.๖๘
เด็กอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ	NA	NA	๕๘.๓๔

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ เด็ก ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ ระดับอำเภอ	๒%	๒%	๒%	๒%

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละ	< ๑	๑-๑.๙๙	๒-๒.๙๙	๓-๓.๙๙	≥๔

วัตถุประสงค์ : .....เพื่อลดการเกิดโรคฟันผุและเพิ่มทักษะการแปรงฟันในเด็ก.....
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :.....เด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี
.....
วิธีการจัดเก็บข้อมูล : เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในแฟ้มDental และ Service ในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล : ๑. ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
๒. ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของจังหวัดชลบุรี
รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือถูกถอน (Cavity Free)
รายการข้อมูล ๓	C= จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการตรวจฟัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+B)/C x๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล

- สุ่มประเมินการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี และการแปรงฟันสะอาดเด็ก ป.๓ และ ป.๔ ปีละ ๑ ครั้ง โดยทีมประเมิน เดือน กุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม
- เด็ก ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ ปีละ ๑ ครั้ง จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
- มีแผนงาน/โครงการและการดำเนินงานโครงการเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (กิจกรรมผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากและเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาด)	- อำเภอดำเนินการและติดตามผลงานการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปีและการฝึกทักษะการแปรงฟันในเด็ก ป.๑ – ป.๖	- มีการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปีและการฝึกทักษะการแปรงฟันสะอาดแก่เด็ก ป.๑ – ป.๖ ทุกคน - รายงานการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี และการฝึกทักษะการแปรงฟันเด็ก ป.๑ – ป.๖ - จังหวัดสุ่มประเมินการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปีและ การแปรงฟันสะอาดเด็ก ป.๓ และ ป.๔ (อำเภอขนาดใหญ่ ร้อยละ ๓๐ %ของประชากรเป้าหมาย, อำเภอขนาดกลางและขนาดเล็ก ร้อยละ ๑๐๐ %ของประชากรเป้าหมาย)	- อำเภอติดตามผลงานเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ , การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี และการแปรงฟันสะอาดให้ได้ตามเกณฑ์ -ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒ -ร้อยละผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากร้อยละ๘๕ -ร้อยละเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดร้อยละ๓๘
เอกสารสนับสนุน	๑. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี ๒๕๖๐ ๒. มาตรฐานการทำงาน(Quality standard) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๙ ๓. เอกสารเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ชวนกันแปรงฟัน ๔. คู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด.คุณภาพ		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสาวสมพิศ ทองสุก ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงาน ทันตสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๖๒-๓๖๑๙๒๙๕ E-mail : sompiss๙๙@gmail.com		
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล ทพญ.อังคณา มากมาย ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน ทันตสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๘๑-๓๕๕๗๓๖๖ E-mail : makmai๒๕๑๗@gmail.com		

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย
ชื่อแผนงาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น
ชื่อตัวชี้วัด : ๓. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.
คำนิยาม : จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของหญิงไทยอายุ ๑๕-๑๙ ปี type ๑+๓ ต่อ ประชากรหญิงไทยอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน (ประชากรหญิงไทยอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากฐานข้อมูลประชากร type ๑+๓ ใน HDC ณ เดือนที่ประเมิน)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘ (๕๐)	๒๕๕๙ (๕๐)	๒๕๖๐ (๔๒)
เมืองชลบุรี	ต่อพัน ปชก.หญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี	๒๕.๕๙	๒๖.๑๖	๒๙.๒๑
บางละมุง		๓๙.๐๓	๕๙.๓๐	๕๘.๓๖
ศรีราชา		๕๙.๙๗	๕๑.๗๔	๖๖.๕๖
พนัสนิคม		๗๐.๔๔	๔๘.๒๗	๔๔.๘๒
บ้านบึง		๔๑.๑๘	๔๔.๘๔	๓๕.๒๑
สัตหีบ		๔๑.๐๘	๔๔.๗๑	๓๕.๓๗
พานทอง		๖๕.๒๘	๖๐.๒๖	๖๒.๕๔
บ่อทอง		๔๗.๘๓	๖๓.๙๘	๖๒.๑๓
หนองใหญ่		๒๒.๙๔	๘๑.๙๕	๕๕.๐๕
เกาะจันทร์		NA	๔๖.๗๔	๕๘.๕๗
เกาะสีชัง		๓๐.๘๖	๕๖.๓๔	๔๘.๖๑
รวม		๔๒.๔๕	๔๔.๘๒	๔๖.๘๖

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๔๐	๓๘	๓๖	๓๔

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

เกณฑ์การประเมิน	๔๐ คะแนน	๓๐ คะแนน	๒๐ คะแนน	๑๐ คะแนน	๕ คะแนน
อัตราคลอดมีชีพต่อพัน ปชก.หญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี	≤๔๐.๐๐	๔๐.๐๑-๔๒.๐๐	๔๒.๐๑-๔๔.๐๐	๔๔.๐๑-๔๖.๐๐	>๔๖

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดอัตราการคลอดมีชีพในประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : หญิงไทยอายุ ๑๕-๑๙ ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมจากรายงานการคลอดของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดชลบุรี
แหล่งข้อมูล : รายงานการคลอดของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดชลบุรี

รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (Type ๑+๓) (ข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดชลบุรี)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ทั้งหมด (Type ๑+๓) (จากฐานข้อมูล HDC)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑,๐๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ทุกสิ้นเดือน

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงคุณภาพ ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล แห่งละ ๖๐ คะแนน

กิจกรรม	คะแนนเต็ม
๑. มีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี จำแนกรายหน่วยบริการ ๑) มีข้อมูลวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๑๕-๑๙ ปี (๒ คะแนน) ๒) มีข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี ย้อนหลัง ๕ ปี (๒คะแนน) ๓) มีการสรุปประเด็นปัญหาที่เป็นสาเหตุให้วัยรุ่น ฯ ตั้งครรภ์ (๒คะแนน) ๔) มีข้อมูลร้อยละของแม่วัยรุ่นที่ฝังยาคุม (๒คะแนน) ๕) มีการสรุปทบทวนระบบการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (๒ คะแนน)	๑๐
๒. มีคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และขับเคลื่อนงาน ๑) มีคณะกรรมการ ฯ (๕ คะแนน) ๒) มีการขับเคลื่อนกิจกรรม ตามมติคณะกรรมการ (๕ คะแนน)	๑๐
๓. จัดทำแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับปัญหาและแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙ ๑) มีแผนงาน/โครงการ และสอดคล้องกับแผน ฯ (๕ คะแนน) ๒) มีแผนงาน/โครงการ แต่ไม่สอดคล้องกับแผน ฯ (๕ คะแนน)	๑๐
๔. ดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และผ่านการรับรองมาตรฐานระดับจังหวัด ๑) มีหนังสือแจ้งขอรับการประเมินรับรอง (๕ คะแนน) ๒) ได้รับการประเมินรับรองและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ฯ (๑๐ คะแนน)	๑๕
๕. มีการดำเนินการคลินิกวัยรุ่น (YFHS) และผ่านการรับรองมาตรฐานระดับจังหวัด ๑) มีหนังสือแจ้งขอรับการประเมินรับรอง (๕ คะแนน) ๒) ได้รับการประเมินรับรองและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ฯ (๑๐ คะแนน)	๑๕

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงคุณภาพระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ ๖๐ คะแนน

กิจกรรม	คะแนนเต็ม
๑. มีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี จำแนกรายหน่วยบริการ ๑) มีข้อมูลวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๑๕-๑๙ ปี (๒ คะแนน) ๒) มีข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี ย้อนหลัง ๕ ปี (๒คะแนน) ๓) มีการสรุปประเด็นปัญหาที่เป็นสาเหตุให้วัยรุ่น ฯ ตั้งครรภ์ (๒คะแนน) ๔) มีข้อมูลร้อยละของแม่วัยรุ่นที่ฝังยาคุม (๒คะแนน) ๕) มีการสรุปทบทวนระบบการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (๒ คะแนน)	๑๐

๒. มีคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และขับเคลื่อนงาน ๑) มีคณะกรรมการ ฯ (๕ คะแนน) ๒) มีการขับเคลื่อนกิจกรรม ตามมติคณะกรรมการ (๕ คะแนน)	๑๐
๓. จัดทำแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับปัญหาและแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙ ๑) มีแผนงาน/โครงการ และสอดคล้องกับแผน ฯ (๕ คะแนน) ๒) มีแผนงาน/โครงการ แต่ไม่สอดคล้องกับแผน ฯ (๕ คะแนน)	๑๐
๔. มีการดำเนินการคลินิกวัยรุ่น (YFHS) ๑) มีคลินิกให้บริการวัยรุ่น (๖ คะแนน) ๒) มีทะเบียนผู้รับบริการ และผลการให้บริการคำปรึกษา (๖ คะแนน) ๓) มีการให้บริการเชิกรุกในชุมชน (๖ คะแนน) ๔) มีระบบการส่งต่อ (๖ คะแนน) ๕) มีการสรุปผลการดำเนินงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร (๖ คะแนน)	๓๐

หมายเหตุ : คะแนนคุณภาพ = คะแนนรวมทุกหน่วยงานที่ประเมิน / จำนวนหน่วยงานที่ประเมิน

เกณฑ์การประเมินผลคะแนน

คะแนนเชิงปริมาณ (๔๐) + คะแนนเชิงคุณภาพ (๖๐) = ๑๐๐ คะแนน (ผ่านเกณฑ์คะแนนต้องมากกว่า ๘๐)

ระดับ	คะแนนเชิงปริมาณ+คะแนนเชิงคุณภาพ
๑	<๕๐ คะแนน
๒	๕๐-๖๐ คะแนน
๓	๖๑-๗๐ คะแนน
๔	๗๑-๘๐ คะแนน
๕	>๘๐ คะแนน

วิธีการประเมินผล	๑. จากผลการรายงานการคลอดแม่วัยรุ่น (รายงานสายใยรัก ฟอร์ม ๒) ๒. จากการนำเสนอผลงานรับรองมาตรฐาน
เอกสารสนับสนุน	๑.Download เอกสาร แผ่นพับ คู่มือ มาตรฐาน ได้จาก http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=totaldownload
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นายมานพ เชื่อมทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๗๘, ๐๘ ๑๘๓๔ ๓๘๑๑ E-mail : manop_choumthong@yahoo.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางอัจฉรา เกตุรัตนกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๗๘

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย
ชื่อแผนงาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
ชื่อโครงการ : การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ชื่อตัวชี้วัด : ๔. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
ลักษณะตัวชี้วัด : ( ) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.
คำนิยาม : **คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง** การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวการณ์นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป
คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ....

๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอเป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๑๑ อำเภอ
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	อำเภอ	-	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
๑.ทุกอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.....	ทุกอำเภอ	ทุกอำเภอ	ทุกอำเภอ	ทุกอำเภอ

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
๒. อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มีการแก้ไขปัญหาตามคุณภาพชีวิตที่ พชอ.เลือกดำเนินการ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ตามองค์ประกอบ UCCARE และแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จนถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ระดับ ๓ อย่างน้อย ๒ เรื่อง	ระดับ ๓ ทุกประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตที่ พชอ.เลือกดำเนินงาน	ระดับ ๔ ทุกประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตที่ พชอ.เลือกดำเนินงาน	ระดับ ๕ ทุกประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตที่ พชอ.เลือกดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน ๑๑ อำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การรายงาน

แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๓-๔

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น	มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลัง

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ระดับ ๑	√				
ระดับ ๒	√	√			
ระดับ ๓	√	√	√		
ระดับ ๔	√	√	√	√	
ระดับ ๕	√	√	√	√	√

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๓

โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ..... - สนับสนุนและส่งเสริมการแต่งตั้งคณะกรรมการ ฯ อย่างโปร่งใส เป็นธรรมและมีส่วนร่วมทั่วถึงทุกภาคส่วน
ขั้นตอนที่ ๒	-จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต -จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง
ขั้นตอนที่ ๓	- ดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จำนวน ๒ เรื่อง - สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน ๒ เรื่อง
ขั้นตอนที่ ๔	-ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป ตามองค์ประกอบ UCCARE และแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จนถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ทั้ง ๒ เรื่อง
ขั้นตอนที่ ๕	-ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป ตามองค์ประกอบ UCCARE และแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Plan จนถึงตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ทั้ง ๒ เรื่อง

วิธีการประเมินผล	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๒ มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ ๒ เรื่อง ๓. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)
เอกสารสนับสนุน	๑. (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. .... ๒. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๓. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสาวคัทคนา บำรุงสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๘ , ๐ ๘๕๑๑ ๕๕๔๔๔ E-mail : k.katkana@gmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๘ E-mail : qspchon@gmail.com

เอกสารแนบท้าย

๑. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

๑. การทำงานเป็นทีม (Unity Team)
๒. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)
๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation)
๔. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)
๕. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
๖. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)

๒. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

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

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	cross functionalเป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	fully integrateเป็นโครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ	***ทีมสุขภาพ (Health Team)*** *หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)*
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	***ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need)*** *หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)*

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม	ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ และมีการทบทวนเรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	***ความผูกพัน*** *(engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร*

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ	มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	***Resource****หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน*
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทและตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี	***Essential Care****หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ*

ประเด็นยุทธศาสตร์ :...๒.การจัดการภัยสุขภาพ
ชื่อแผนงาน :... ๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ.....
ชื่อโครงการ : ๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ.....
ชื่อตัวชี้วัด : ๕. ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม : **ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC)** หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยด้วย

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ

ทีมปฏิบัติการ/ส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) หมายถึง ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ

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

รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ (Spot Report) หมายถึง การรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น ณ.เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งต่อผู้บังคับบัญชาอย่างทันเหตุการณ์ ตามมาตรฐาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อำเภอมีศูนย์EOC ปฏิบัติการได้จริง	แห่ง	-	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงคุณภาพ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง.	ผ่านเกณฑ์ ระดับ๔	ผ่านเกณฑ์ ระดับ๕	ผ่านเกณฑ์ ระดับ๕	ผ่านเกณฑ์ ระดับ๕

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
๑	มีแผนงาน/โครงการ พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยสุขภาพที่ครอบคลุม ได้แก่ โรคติดต่อนำโดยแมลง โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่ออุบัติใหม่ ระบาดซ้ำ เช่น ไข้หวัดใหญ่ MERS Ebola ไข้หวัดนก โรคติดต่อที่เป็นปัญหา ได้แก่ วัณโรค มือเท้าปาก โรคเอดส์	- แผนงาน/โครงการ ระดับอำเภอ - แผนงาน/โครงการ ของโรงพยาบาล ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล/เฝ้าระวังเชื้อดื้อยา /การพัฒนาห้องแยก /แผนรองรับโรคและภัยสุขภาพ ของโรงพยาบาล เป็นต้น - แผนงาน/โครงการ เครือข่าย
๒	จัดทำคำสั่ง ประกอบด้วย ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ ทีมปฏิบัติการในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ	- คำสั่งระดับอำเภอ ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นรองประธาน มีหน่วยงานต่างๆเป็นกรรมการ - คำสั่งทีมปฏิบัติการในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) -คำสั่งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) **หมายเหตุ สามารถจัดทำเป็นคำสั่งเดียวกันได้ เพียงแยกบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน**
๓	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ	- รายชื่อการจัดเวร SAT ประจำเดือน/ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - สามารถจัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ - สามารถจัดทำ Spot Report ได้ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด - ผู้มีรายชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์ ผ่านการฝึกอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน
๔	วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ	- มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ
๕	มีการพัฒนา CDCU ให้ครอบคลุมการดำเนินงาน	- มีแผนพัฒนาCDCU / SRRT (ระดับตำบล) - มีทะเบียนรายชื่อผู้ที่ผ่านหลักสูตร CDCU /ICS
๖	มีคู่มือ/มีการพัฒนา SOP ในการทำงาน	- คู่มือ/SOP ในการปฏิบัติการ
๗	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ (มีการซ้อมแผนโรคติดต่ออย่างน้อย ๑ เรื่อง)	- มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในอำเภอ เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผนโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน ๑	ระดับคะแนน ๒	ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๔	ระดับคะแนน ๕
ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ข้อ๑	ข้อ ๑-๒	ข้อ ๑-๔	ข้อ ๑-๖	ข้อ ๑-๗

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : นิเทศติดตาม และการรายงานผล

แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาสที่ ๑,๒,๓และ๔

เกณฑ์การให้คะแนน : **กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ Quick Win**

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
ขั้นตอนที่ ๑ - ๓	ขั้นตอนที่ ๑ - ๖	ขั้นตอนที่ ๑ - ๗	ขั้นตอนที่ ๑ - ๗

วิธีการประเมินผล	๑....การให้คะแนนเปรียบเทียบข้อมูลตามเกณฑ์ประเมิน ๒.....
เอกสารสนับสนุน	๑. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๔ (ฉบับปรับปรุง) ๒. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ๓. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นายดิลก กลิ่นบัวแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๗๕๕๔๕๙ E-mail : dilokkk@hotmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางวัชธรี ทองอ่อน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ ๐๘๙ - ๘๑๓๒๙๓๑ E-mail : epi_yam๒๕๕๗@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๖ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

หน่วยวัด : ระดับ

คำอธิบาย : อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ

ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี ๒๕๕๔-๒๕๖๓) คือ

ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ ๕๐ โดยเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘) แนวโน้มยังคงตัว มีเวลาที่จะดำเนินการอีก ๕ปี เท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ ๕๐ ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ ๗ - ๘ ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ ๒ ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี ๒๕๕๔ เป็นค่าตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมาย และกำหนดให้ปี ๒๕๖๔ ไม่เกิน ๑๐ ต่อประชากรแสนคน

เป้าหมาย : ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ

เกณฑ์การให้คะแนน :

(กรณีเป็นตัวชี้วัดแบบขั้นตอน)

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นที่ ๖
๑	✓					
๒	✓	✓				
๓	✓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓		✓	
๕	✓	✓	✓			✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	ขั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ
๒	ขั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ขั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ และมีการดำเนินมาตรการการชุมชน
๓	ขั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ขั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ และมีการดำเนินมาตรการการชุมชน ขั้นที่ ๓ มีรายงานการดำเนินการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนนอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	ขั้นที่ ๔ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงร้อยละ ≥ ๗ จากค่า Baseline Data (ค่ามัธยฐาน ๓ ปี ปี๕๓-๕๕)
๔	ขั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ขั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ขั้นที่ ๓ มีรายงานการดำเนินการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนนอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ขั้นที่ ๕ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงร้อยละ ≥ ๑๔ จากค่า Baseline Data (ค่ามัธยฐาน ๓ ปี ปี๕๓-๕๕)
๕	ขั้นที่ ๑ มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ขั้นที่ ๒ มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ ขั้นที่ ๓ มีรายงานการดำเนินการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนนอย่างต่อเนื่อง ขั้นที่ ๖ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงร้อยละ ≥ ๒๑ จากค่า Baseline Data (ค่ามัธยฐาน ๓ ปี ปี๕๓-๕๕)

ค่าเป้าหมายผลการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๑ จังหวัดชลบุรี

ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ของค่า Median ปี ๕๓ - ๕๕

ลำดับ	อำเภอ	ค่า Median ๕๓ - ๕๕	ค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ ๗	ค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ ๑๔	ค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ ๒๑
๑	**เมืองชลบุรี**	**๙๖**	**๘๙**	**๘๓**	**๗๔**
๒	**บางละมุง**	**๑๕๓**	**๑๔๒**	**๑๓๒**	**๑๑๘**
๓	**พนัสนิคม**	**๑๘**	**๑๗**	**๑๕**	**๑๔**
๔	**บ้านบึง**	**๓๘**	**๓๕**	**๓๓**	**๓๐**
๕	**ศรีราชา**	**๑๕๐**	**๑๓๕**	**๑๒๙**	**๑๑๘**
๖	**สัตหีบ**	**๒๑**	**๒๐**	**๑๘**	**๑๗**
๗	**พานทอง**	**๓๒**	**๓๐**	**๒๘**	**๒๕**
๘	**หนองใหญ่**	**๑๕**	**๑๔**	**๑๓**	**๑๒**
๙	**บ่อทอง**	**๑๔**	**๑๓**	**๑๒**	**๑๑**
๑๐	**เกาะสีชัง**	**๐**	**๐**	**๐**	**๐**
๑๑	**เกาะจันทร์**	**๑๙**	**๑๘**	**๑๖**	**๑๕**

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลง ๒๑ % จากฐานเฉลี่ยปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ (ค่ามัธยฐาน ๓ ปี (ปี๕๓-๕๕) = ๔๖๗ ราย) = ๓๖๙ ราย	จำนวน (ต่อประชากรแสนคน)	๕๗๔ (๓๙.๔๕)	๕๗๓ (๓๙.๒๙)	๕๗๗ (๓๙.๖๑)

แหล่งข้อมูล : จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมจากข้อมูลการตายฐานมรณบัตร ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบ (verify) กับหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกรายอำเภอจากโปรแกรม pher accident ของสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

รายการข้อมูล ๑ : A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ค่ามัธยฐาน ๓ ปี (ปี๕๓-๕๕)

รายการข้อมูล ๒ : B = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปีประมาณ ๒๕๖๐ (V๐๑-V๘๙)

สูตรการคำนวณ : ร้อยละจากการบาดเจ็บทางถนนลดลงจากค่า Baseline Data = (A – B) **x ๑๐๐/A**

กำหนดการรายงานข้อมูลและเกณฑ์ประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอและกิจกรรมขับเคลื่อน ๒.มีผลการประเมินตนเองในการดำเนินงาน DHS-RTI ๓. สสอ/รพช. เป็นเลขาร่วมในศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ๔. มีรายงานการนำข้อมูลการบาดเจ็บทางถนนไปใช้ในการวิเคราะห์และแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย ๕. มีรายงานการแก้ไขจุดเสี่ยง ๒ จุด/ไตรมาส/อำเภอ ๖.มีรายงานการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	๑. มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ และกิจกรรมขับเคลื่อน ๒.มีผลการประเมินตนเองในการดำเนินงาน DHS-RTI ๓. สสอ/รพช. เป็นเลขาร่วมในศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ๔. มีรายงานการนำข้อมูลการบาดเจ็บทางถนนไปใช้ในการวิเคราะห์และแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย	๑. มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ และกิจกรรมขับเคลื่อน ๒.มีผลการประเมินตนเองในการดำเนินงาน DHS-RTI ๓. สสอ/รพช. เป็นเลขาร่วมในศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ๔. มีรายงานการนำข้อมูลการบาดเจ็บทางถนนไปใช้ในการวิเคราะห์และแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย	๑. มีแผนการดำเนิน DHS-RTI โดยระบบสุขภาพอำเภอ และกิจกรรมขับเคลื่อน ๒.มีผลการประเมินตนเองในการดำเนินงาน DHS-RTI ๓. สสอ/รพช. เป็นเลขาร่วมในศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ๔. มีรายงานการนำข้อมูลการบาดเจ็บทางถนนไปใช้ในการวิเคราะห์และแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	๕. มีรายงานการแก้ไขจุดเสี่ยง ๒ จุด/ไตรมาส/อำเภอ ๖.มีรายงานการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	๕. มีรายงานการแก้ไขจุดเสี่ยง ๒ จุด/ไตรมาส/อำเภอ ๖.มีรายงานการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	๕. มีรายงานการแก้ไขจุดเสี่ยง ๒ จุด/ไตรมาส/อำเภอ ๖.มีรายงานการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นางสุมนรัตน์ นีรพัฒนกุล โทรศัพท์ ๐๘๕ ๐๘๕๒๔๗๒
๒. นางสาวนภกานต์ ประสาททอง โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๖๓๒๓๙๒
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนภกานต์ ประสาททอง โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๖๓๒๓๙๒
E – mail : Emschonburi@hotmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์: การจัดการภัยสุขภาพ
ชื่อแผนงาน: การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ชื่อโครงการ: อาหารปลอดภัย จังหวัดชลบุรี
ชื่อตัวชี้วัด: ๗. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
ลักษณะตัวชี้วัด: (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด: (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.
คำนิยาม:

๑. โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยตามแนวทางและหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดดังนี้

๑) กำหนดนโยบายดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

๒) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดกรอบแนวทางและมาตรการ และจัดทำแผนงาน/โครงการ ซึ่งอาจเป็นแผนงานประจำปี หรือแผนระยะยาว ๓-๕ ปี ในการขับเคลื่อนโดยเชื่อมโยง/หรือบูรณาการ การทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์มหาวิทยาลัย บริษัท ประชารัฐรักสามัคคี วิสาหกิจเพื่อสังคม (ประเทศไทย) จำกัด เป็นต้น

๓) ประกาศ สื่อสารนโยบายให้ประชาชน เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

๔) ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

๕) กำหนดเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ เดือน และจัดทำรายการอาหารหมุนเวียนล่วงหน้าทุก ๑ เดือน ให้สอดคล้องกับวัตถุดิบและตามฤดูกาลที่มีในพื้นที่ รวมทั้งจัดให้มีเมนูชูสุขภาพ โดยรวบรวมชนิดและปริมาณของวัตถุดิบ ที่ต้องการล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ เดือน และประสานแหล่งผู้ผลิตฯ หรือกลุ่มเครือข่ายผู้ผลิตเพื่อวางแผนการผลิตและสั่งซื้อวัตถุดิบล่วงหน้า รวมทั้งกำหนดวิธีการขนส่ง การจัดเก็บ

๖) จัดระบบการจัดซื้อจัดจ้างที่เอื้อต่อการดำเนินการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับระเบียบและวิธีปฏิบัติ

๗) การตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบตามเกณฑ์ หากพบว่ามีสารปนเปื้อน ให้ดำเนินการ ปรับตามมาตรการที่กำหนดในสัญญาข้อตกลง ตรวจวิเคราะห์สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ผักและผลไม้สด ด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการ โดยการสุ่มตัวอย่างผักและผลไม้สดส่งตรวจกรมวิทยาสาสตร์การแพทย์หรือคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล หากพบว่ามีสารปนเปื้อนให้ดำเนินการปรับตามมาตรการที่กำหนดในสัญญาข้อตกลง

๘) มีการตรวจสอบประจำปี โดยจัดทำแผนการตรวจเฝ้าระวังร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๙) มีการตรวจสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามแบบประเมินมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลชุมชนผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ร้านอาหารในโรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร และผ่านเกณฑ์ทางแบคทีเรียโดยใช้ชุดทดสอบตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหาร

๑๐) พิจารณาจัดให้มีพื้นที่ในการจำหน่ายสินค้าเกษตรอินทรีย์ GAP หรือที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานอื่นๆ ที่เชื่อถือได้ และสินค้าเกษตรแปรรูปที่ปลอดภัยตามความเหมาะสม ผู้ซื้อสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนเกษตรกรอย่างยั่งยืนต่อไป

๒. อาหารสดปลอดภัยจากสารปนเปื้อน หมายถึง อาหารที่ได้รับการตรวจสอบสารปนเปื้อน ๖ ชนิด ได้แก่ บอแรกซ์, สารกันรา, สารฟอกขาว, ฟอร์มาลีน, ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒

๓. ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทปลอดภัยจากเชื้อโคลิฟอร์ม หมายถึง ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต (กลุ่มเป้าหมาย) ได้รับการตรวจวิเคราะห์/มีผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่วางจำหน่ายในร้านจำหน่าย (กลุ่มเป้าหมาย) ได้รับการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (Testkit) ผ่านเกณฑ์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๔

เกณฑ์เป้าหมาย:

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
ร้อยละของหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัย	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘

เกณฑ์การให้คะแนน: กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

เกณฑ์ประเมินระดับจังหวัด (สสจ.)	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	ร้อยละ ๖๐ ของ คปสอ. ดำเนินการผ่านตัวชี้วัด ระดับ ๓
ระดับ ๒	ร้อยละ ๗๐ ของ คปสอ. ดำเนินการผ่านตัวชี้วัด ระดับ ๓
ระดับ ๓	ร้อยละ ๘๐ ของ คปสอ. ดำเนินการผ่านตัวชี้วัด ระดับ ๓
ระดับ ๔	ร้อยละ ๙๐ ของ คปสอ. ดำเนินการผ่านตัวชี้วัด ระดับ ๓
ระดับ ๕	ร้อยละ ๑๐๐ ของ คปสอ. ดำเนินการผ่านตัวชี้วัด ระดับ ๓ และมีอย่างน้อย ๑ คปสอ. ผ่านระดับ ๕
เกณฑ์ประเมินระดับ สสอ.	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	มีข้อมูล และแผนงาน โครงการความปลอดภัยด้านอาหารที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (สารปนเปื้อน ๖ ชนิด และน้ำบริโภคฯ)
ระดับ ๒	ผ่านระดับ ๑ และมีสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลของโครงการตามช่วงระยะเวลาในการดำเนินงาน
ระดับ ๓	ผ่านระดับ ๒ และมีการดำเนินงานตรวจสารปนเปื้อนในอาหารสด และน้ำบริโภคฯ ให้ครอบคลุมเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕
ระดับ ๔	ผ่านระดับ ๒ และมีการดำเนินงานตรวจสารปนเปื้อนในอาหารสด และน้ำบริโภคฯ ให้ครอบคลุมเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐

ระดับ ๕	มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ทุกข้อ และมีสถานประกอบการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย มีผลงานเด่น/ได้รับรางวัล/ได้มาตรฐานสามารถเป็นสามารถเป็นต้นแบบได้ ด้านอาหารปลอดภัย

เกณฑ์ประเมินระดับ คปสอ. (รพ.)	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	มีข้อมูล และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย อย่างน้อย ๓ ข้อ
ระดับ ๒	มีข้อมูล และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย อย่างน้อย ๗ ข้อ
ระดับ ๓	มีข้อมูล และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย อย่างน้อย ๘ ข้อ
ระดับ ๔	มีข้อมูล และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย อย่างน้อย ๙ ข้อ
ระดับ ๕	มีข้อมูล และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ทุกข้อ และมีการนำเสนอผลงานระดับจังหวัด/ได้รับรางวัล/ได้มาตรฐานสามารถเป็นต้นแบบได้

เกณฑ์ประเมินระดับ คปสอ. (รพ.สต.)	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	มีข้อมูลสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ (ร้านจำหน่ายอาหารสด/น้ำบริโภคฯ/ตลาดสด และตลาดนัด) ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน
ระดับ ๒	ผ่านระดับ ๑ และมีสรุปผลการดำเนินการ /รายงานแจ้ง สสอ. กรณีตรวจพบไม่ผ่านมาตรฐาน มีผลการแก้ไขปัญหา
ระดับ ๓	ผ่านระดับ ๒ และมีผลการตรวจสารปนเปื้อน ๖ ชนิด และผลตรวจสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
ระดับ ๔	ผ่านระดับ ๒ และมีผลการตรวจสารปนเปื้อน ๖ ชนิด และผลตรวจสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕
ระดับ ๕	ผ่านระดับ ๒ และมีผลการตรวจสารปนเปื้อน ๖ ชนิด และผลตรวจสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์: เพื่อตรวจสอบสารปนเปื้อน และดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: โรงพยาบาลรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ ตลาดสดและร้านจำหน่ายอาหารสด/ สถานที่ผลิตและจำหน่ายน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: รายงานผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน

แหล่งข้อมูล: รพ./ สสอ./ รพ.สต.

รายการข้อมูล:

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลการดำเนินงาน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเป้าหมายในการดำเนินงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B)x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล:

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน: กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ระดับ ๑	√				
ระดับ ๒	√	√			
ระดับ ๓	√	√	√		
ระดับ ๔	√	√	√	√	
ระดับ ๕	√	√	√	√	√

หมายเหตุ: ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ .....
โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑	มีแผนงาน/ โครงการเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย
ขั้นตอนที่ ๒	มีการสรุปผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน
ขั้นตอนที่ ๓	มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน/โครงการ
ขั้นตอนที่ ๔	มีข้อเสนอแนะ/แนวทาง หรือขั้นตอนในการพัฒนางาน/โครงการ
ขั้นตอนที่ ๕	มีนวัตกรรมในการดำเนินงาน หรือผ่านการนำเสนอผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

วิธีการประเมินผล	๑. ข้อมูลผลการดำเนินงาน ๒. สอบถามผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง
เอกสารสนับสนุน	๑. รายงานผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ๒. อื่นๆ (ถ้ามี)
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นายจิระสันต์ มีรัตน์ธนวัต ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๘ ๖๕๑๔ ๕๕๕๔ E.mail: fdachonburi@hotmail.com ๒. นายกฤษพล ขันธะกาด ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๘ ๒๒๑๖ ๑๑๘๘ E.mail: kissaphol@hotmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางรติกร ประเสริฐไทยเจริญ ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๘ ๑๔๓๑ ๑๖๗๐ E.mail: ratiping@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๘ : อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ ครบ ๖ ประเด็น

หน่วยวัด : ระดับขั้นของความสำเร็จ

คำอธิบาย :

๑. อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ หมายถึง อำเภอมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน ๖ ประเด็น ดังนี้

๑) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

๒) มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่านคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอ ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๓) โรงพยาบาลทุกระดับ (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ ๑๐๐)

๔) มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ที่ได้มาตรฐาน

๕) อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดชุมชนต้นแบบที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active or GREEN and CLEAN Communities) หรือ ชุมชนจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (Hot Zone : มลพิษทางอากาศ ประเภท ฝุ่นหิน) หรือ พื้นที่เสี่ยงผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก EEC

๖) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (รพศ./รพท./รพช. ร้อยละ ๑๐๐) และ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในชุมชนระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ และ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๑๐

เกณฑ์ตัวชี้วัดจำแนกตามหน่วยงาน		
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	**โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน**	**โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล**
ข้อที่ ๑ – ๖	**ข้อที่ ๑ , ๓ , ๕ , ๖**	**ข้อที่ ๑ , ๓ , ๕ , ๖**

๒. โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./ รพท./ รพช.) ที่มีกระบวนการดำเนินงาน (C-L-E-A-N) และดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (G-R-E-E-N) ดังนี้

<u>C-L-E-A-N</u>

C: Communication มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจ

L: Leader มีการสร้างบทบาทนำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน

E: Effectiveness มีการดำเนินงานให้บังเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

A: Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม

N: Networking ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน

G-R-E-E-N

๑. G: Garbage คือ การจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามหลักวิชาการ (มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย) ดังนี้

๑.๑ มูลฝอยติดเชื้อ: มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย และมาตรฐานวิชาการ ดังนี้

๑) จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ๗ เรื่อง ดังนี้

(๑) ด้านบุคลากร

(๒) การคัดแยกมูลฝอย

(๓) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ

(๔) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

(๕) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

(๖) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ

(๗) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

๒) กรณีที่โรงพยาบาลดำเนินการว่าจ้างบริษัทเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ต้องดำเนินการตามคำสั่งกระทรวงฯ ที่๑๘๕๒/๒๕๔๖ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ เรื่อง กำหนดให้สถานบริการการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจ้างเอกชนดำเนินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงมีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เช่น การใช้เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)

๓) ดำเนินการตามข้อกำหนดของท้องถิ่น

๔) ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพิ่มเติม

๑.๒ การจัดการมูลฝอยทั่วไป

๑) มีการลดการเกิดมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดโดยใช้หลักการ ๓R (Reuse, Reduce, Recycle)

๒) มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไปออกจากมูลฝอยชนิดอื่น

๓) มีภาชนะรองรับมูลฝอยทั่วไปแยกประเภทให้เหมาะสม คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ (มูลฝอยอินทรีย์) มูลฝอยอื่นๆ

๔) มีการเก็บขนมูลฝอยทั่วไปภายในโรงพยาบาลอย่างถูกสุขลักษณะ และมีสถานที่พักรวมในกรณีที่มีมูลฝอยทั่วไปในปริมาณมากก่อนนำส่งไปกำจัด

๕) มีการกำจัดมูลฝอยทั่วไปด้วยวิธีการที่ถูกสุขลักษณะ หรือส่งไปกำจัดกับหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย

๖) มีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอยทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๓ การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย

๑) มีการคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยชนิดอื่น

๒) มีการแยกเก็บรวมรวบตามประเภท (ประเภทยา/ประเภทสารเคมี/ประเภทปนเปื้อนสารกัมมันตรังสี/ประเภทซากแบตเตอรี่ หลอดไฟ กระป๋องสเปรย์ เป็นต้น)

๓) มีการเก็บขน/เคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

๔) มีการรวบรวมมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายเพื่อนำส่งไปกำจัดโดยหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายตามประเภทมูลฝอยอันตราย และรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย หรือมีระบบกำกับติดตาม

๒. R: Rest room มีการพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม และมีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล

๓. E: Energy มีมาตรการประหยัดพลังงาน การส่งเสริมการใช้พลังงานทดแทน และมีการดำเนินงานอาคารอนุรักษ์พลังงาน (Green Buildings)

๔. E: Environment การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยนำแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน น่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) มาประยุกต์ใช้ รวมถึงการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การจัดการน้ำเสีย รวมถึงการปรับปรุงภูมิทัศน์ การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ และเป็นแหล่งผลิตก๊าซออกซิเจนให้กับบรรยากาศของโลก รวมทั้งลดการปล่อยแก๊สเรือนกระจก

๕. N: Nutrition มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ การรณรงค์อาหารปลอดสารพิษ รณรงค์การใช้ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง มีกิจกรรมที่ก่อให้การขยายเครือข่าย เช่น ชมรมผักปลอดสารพิษ ตลาดนัดสีเขียว เป็นต้น

๖. ดำเนินการอื่นๆตามที่กฎหมายกำหนด

๓. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.) ที่มีกระบวนการดำเนินงานด้านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา(พื้นฐาน) รวม ๔ องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบที่ ๒ การจัดบริการอาชีวอนามัยสาหรับบุคลากรในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ ๓ การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล่อมเชิงรุกแกผู้ประกอบอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบที่ ๔ การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เป้าหมาย : สสอ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.

เกณฑ์การให้คะแนน : สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					
	ประเด็นที่ ๑	ประเด็นที่ที่ ๒	ประเด็นที่ที่ ๓	ประเด็นที่ที่ ๔	ประเด็นที่ที่ ๕	ประเด็นที่ที่ ๖
๑	✓					
๒	✓	✓				
๓	✓	✓	✓			
๔	✓	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	๑) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
๒	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ ๒) มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ โดยผ่านคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอ ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕
๓	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ ๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐
๔	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๒) มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน ๓) อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดชุมชนต้นแบบ ที่มีที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active or GREEN and CLEAN Communities) หรือ ชุมชนจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (Hot Zone : มลพิษทางอากาศ ประเภท ฝุ่นหิน) หรือพื้นที่เสี่ยงผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก EEC
๕	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ๒) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการอาชีวอนามัยของแรงงานในชุมชนระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ และมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐานระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐

เกณฑ์การให้คะแนน : สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ , โรงพยาบาลทั่วไป , โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)			
	ประเด็นที่ ๑	ประเด็นที่ ๓	ประเด็นที่ ๕	ประเด็นที่ ๖
๑	✓			
๒	✓	✓		
๓	✓	✓	✓	
๔	✓	✓	✓	✓
๕	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	๑) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
๒	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ ๒) โรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
๓	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ ๒) มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดชุมชนต้นแบบ ที่มีที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active or GREEN and CLEAN Communities) หรือ ชุมชนจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (Hot Zone : มลพิษทางอากาศ ประเภท ฝุ่นหิน) หรือ พื้นที่เสี่ยงผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก EEC
๔	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๒) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน - โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ (มี รง.RAH ๐๖ หรือมีผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ภายใน ๓ ปี ที่ผ่านมา : ปี ๒๕๕๘ , ๒๕๕๙ , ๒๕๖๗) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยของแรงงานในชุมชน ระดับพื้นฐานขึ้นไป
๕	๑) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๒) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ(โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) **มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน ในระดับพื้นฐานขึ้นไป ภายใน ๓ ปี ที่ผ่านมา** (ปี ๒๕๕๘ , ๒๕๕๙ , ๒๕๖๗)

เงื่อนไข (หากมี) : -

หมายเหตุ (หากมี) : -

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ ครบ ๖ ประเด็น	**แห่ง**	เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ไม่มีฐานข้อมูล		**ทุกแห่งได้ระดับ ๓ คะแนนขึ้นไป**
รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital	แห่ง	เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ไม่มีฐานข้อมูล		ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป

แหล่งข้อมูล : ๑. รายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ และ/หรือข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมผ่านโปรแกรม NEHIS

๒. รายงานผลการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

๓. คำสั่งคณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๔ และรายงานการประชุมที่มีการขับเคลื่อนการจัดการปัญหามลพิษ และสิ่งแวดล้อม

๔. แบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital พร้อมหลักฐานผลการดำเนินงานตามแบบประเมิน

๕. แบบรายงานมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล

๖. แบบประเมินมาตรฐานการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA)

๗. รายงานผลการดำเนินงานชุมชนต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน หรือ การจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

๘. แบบรายงาน/แบบประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. และแบบประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของแรงงานในชุมชน สำหรับ รพ.สต.

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แบบรายงานผลการดำเนินงาน และ แบบประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์ชี้วัด

รายการข้อมูล :

รายละเอียดตามแหล่งข้อมูล

กำหนดการรายงานข้อมูลและเกณฑ์ประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑) ข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อม/โปรแกรม NEHIS ๒) คำสั่ง/รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ ฯ หรือคณะกรรมการอื่น ๆ ในระดับอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการจัดการปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ๓) แบบประเมินตนเอง GREEN & CLEAN Hospital พร้อมหลักฐานผลการดำเนินงานตามแบบประเมิน**และ** แบบรายงานมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล **ครบทุกเดือน** ๔) รายงานผลการดำเนินงานชุมชนต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน หรือ การจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม	๑) เหมือนรอบ ๓ เดือน ๒) ผลการประเมิน EHA ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓) - รพศ./รพท./รพช. : แบบประเมินตนเองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - รพ.สต. แบบรายงานการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน (Occ-นบ ๐๑ , Occ-นบ ๐๒) และแบบประเมินตนเองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (ถ้ามีการจัดบริการครบทั้งด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม)	๑) ข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อม/โปรแกรม NEHIS ๒) คำสั่ง/รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ ฯ หรือคณะกรรมการอื่น ๆ ในระดับอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการจัดการปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ๓) ผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital และ แบบรายงานมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล **ครบทุกเดือน** ๔) ผลการประเมิน EHA ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๕) รายงานผลการดำเนินงานชุมชนต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน หรือ การจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ๗) ผลการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. และผลการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของ รพ.สต.	๑) เหมือน รอบ ๙ เดือน ๒) ผลการประเมินชุมชนต้นแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน หรือการจัดการพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเบ็ญจวรรณ วิจารณปัญญา **เบอร์ติดต่อ** ๐๘ ๑๔๓๖ ๒๙๘๗
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางนพมณี สงวนพงศ์ **เบอร์ติดต่อ** ๐๘ ๕๙๖๙ ๖๒๗๗
นางสาวสุภมาศ นาคสุทธิ์ **เบอร์ติดต่อ** ๐๘ ๑๕๕๖ ๒๙๓๒

E-mail envocc.chon@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์: ๒.การจัดการภัยสุขภาพ.....

ชื่อแผนงาน :... ๓.ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาของจังหวัดชลบุรี

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ชื่อตัวชี้วัด : ๙. ระดับความสำเร็จของอำเภอในการจัดการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

เป้าหมาย : สสอ. รพ. และ รพสต.

ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	ราย	๒	๒	๒

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
เกณฑ์เป้าหมายรวม มาตรฐานปริมาณและคุณภาพ	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ระดับ ๕
เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ				
จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	๐	๐	๐	๐
ร้อยละผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
เกณฑ์เป้าหมาย เชิงคุณภาพ				
กิจกรรมเชิงคุณภาพ ๕ ขั้นตอน	ผ่าน ๕ ขั้นตอน	ผ่าน ๕ ขั้นตอน	ผ่าน ๕ ขั้นตอน	ผ่าน ๕ ขั้นตอน

เกณฑ์การให้คะแนน :

๑จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน

๒.ร้อยละผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ คะแนนเต็ม ๒๕ คะแนน

๓.กิจกรรมเชิงคุณภาพ ๕ ขั้นตอน คะแนนเต็ม ๒๕ คะแนน

รวมคะแนนทั้งสิ้น ๑๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คะแนนรวม ข้อ ๑ – ๓ (คะแนน)	๐ – ๖๐	๖๑ – ๗๐	๗๑ – ๘๐	๘๑ – ๙๐	๙๑ – ๑๐๐

เกณฑ์การประเมิน	๐ คะแนน	๒๕ คะแนน	๕๐ คะแนน
๑.จำนวน ผู้เสียชีวิตด้วย โรคพิษสุนัขบ้า	พบผู้เสียชีวิต ในอำเภอนั้น (ตุลาคม ๖๐ – กันยายน ๖๑)	พบผู้เสียชีวิต ในอำเภอนั้น (ตุลาคม ๖๐ – กันยายน ๖๑) โดยที่ ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์/และไม่ครบจากสถานพยาบาลในอำเภอ แล้วหายไปแล้วพบว่าเสียชีวิตที่อื่น (ต่างอำเภอ)	ไม่พบผู้เสียชีวิต

เกณฑ์การประเมิน	๕ คะแนน	๑๐ คะแนน	๑๕ คะแนน	๒๐ คะแนน	๒๕ คะแนน
๒.ร้อยละผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์	๐ – ๖๐	๖๑ – ๗๐	๗๑ – ๘๐	๘๑ – ๙๐	๙๑ – ๑๐๐
๓.กิจกรรมเชิงคุณภาพ ๕ ขั้นตอน	๑ ขั้นตอน	๒ ขั้นตอน	๓ ขั้นตอน	๔ ขั้นตอน	ครบ ๕ ขั้นตอน

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบการจัดการในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพสต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงาน ร.๓๖ และรายงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง การนิเทศติดตาม ประเมินผล
แหล่งข้อมูล : สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รพสต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาสที่ ๑,๒,๓ และ ๔
เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ เชิงปริมาณ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
อัตราตายและอัตราการได้รับวัคซีน	อัตราตายและอัตราการได้รับวัคซีน	อัตราตายและอัตราการได้รับวัคซีน	อัตราตายและอัตราการได้รับวัคซีน

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ระดับ ๑	/				
ระดับ ๒	/	/			
ระดับ ๓	/	/	/		
ระดับ ๔	/	/	/	/	
ระดับ ๕	/	/	/	/	/

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ....๔.....

โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑	มีแผนงาน มีคณะกรรมการขับเคลื่อน ตามระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) มีการประสานแผนงานร่วมกัน
ขั้นตอนที่ ๒	มีการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย ตามพระราชปณิธานของศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ฟ้าหญิงจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์ มีการทำ MOU ร่วมกัน ในระดับอำเภอ/พื้นที่ การประสานแผนงาน การจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างเครือข่าย
ขั้นตอนที่ ๓	พัฒนาระบบฐานข้อมูล สารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรค เพื่อการติดตามผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค/ได้รับRig ตามเกณฑ์ โดยใช้โปรแกรม ร.๓๖ หรือโปรแกรมที่มีข้อมูลเดียวกันกับ ร.๓๖
ขั้นตอนที่ ๔	จัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประชาชน กลุ่มต่างๆ การค้นหาผู้สัมผัสโรคเชิงรุก การติดตามผู้รับวัคซีน ให้ได้วัคซีนตามเกณฑ์
ขั้นตอนที่ ๕	**<u>ในกรณีมีผู้เสียชีวิต</u>** เมื่อเกิดโรคในพื้นที่ สามารถตอบโต้ได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ มีการเปิดศูนย์ EOC มีการรายงานผู้บังคับบัญชาในกรณีสงสัยอย่างเร่งด่วน ลงพื้นที่ในการสอบสวนและควบคุมโรคภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีการค้นหาผู้สัมผัสโรคเพื่อมารับการฉีดวัคซีน ภายใน ๔๘ ชั่วโมง และสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้โดยไม่เกิดโรคเพิ่ม ในพื้นที่เดียวกัน ในระยะ ๖ เดือน **<u>กรณีไม่มีผู้เสียชีวิต</u>** แต่พบว่าพื้นที่เสี่ยงสูง ก็สามารถเปิดEOC หรือบูรณาการทำงานจนปัญหาลด หรือมีมาตรการเร่งรัดดำเนินงานเพื่อให้เกิดความครอบคลุมการให้วัคซีน และแก้ปัญหาในพื้นที่ ผลตรวจสุนัขเป็น Positive

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงคุณภาพ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอนที่ ๑ - ๓	ขั้นตอนที่ ๑ - ๕	ขั้นตอนที่ ๑ - ๕	ขั้นตอนที่ ๑ - ๕

วิธีการประเมินผล	๑....การให้คะแนนเปรียบเทียบข้อมูลตามเกณฑ์ประเมิน
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือการดำเนินงาน โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย ๒.พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ๓.คู่มือเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นายดิลก กลิ่นบัวแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๗๕๕๔๕๙ E-mail : dilokkk@hotmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางวัชธรี ทองอ่อน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ ๐๘๙ – ๘๑๓๒๙๓๑ E-mail : epi_yam๒๕๕๗@hotmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ
ชื่อแผนงาน การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
ชื่อโครงการ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
ชื่อตัวชี้วัด : ๑๐. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.
คำนิยาม :
ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นเครือข่ายการดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว ๑ ทีมให้การดูแลประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน
ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ คน ทันตาภิบาล ๑ คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๔ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน รวมทีมให้บริการ ๓ ทีมเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ ๑ คน เภสัชกร ๑ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน
พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีม ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	ทีม	-	๓	๙

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	๓๕ ทีม	๒๖ ทีม	๒๒ ทีม	๑๘ ทีม

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ระบบรายงาน
แหล่งข้อมูล : รพศ,รพท.,รพช,รพ.สต. ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๓-๔

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ระดับ ๑	√				
ระดับ ๒	√	√			
ระดับ ๓	√	√	√		
ระดับ ๔	√	√	√	√	
ระดับ ๕	√	√	√	√	√

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๓

โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑	มีแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๑๐ ปี ตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว
ขั้นตอนที่ ๒	ข้อมูลทีมหมอครอบครัวและคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิดบริการตั้งแต่ปี ๕๙-๖๑ -มีข้อมูลบุคลากรตามเกณฑ์กำหนด (Staff) กรณียังไม่มีบุคลากรตามเกณฑ์ให้จัดทำแผนการสรรหาบุคลากรส่วนขาด -มีข้อมูล System และ Structure
ขั้นตอนที่ ๓	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตาม Primary Service Package ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
ขั้นตอนที่ ๔	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตาม Primary Service Package ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
ขั้นตอนที่ ๕	ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตาม Primary Service Package ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสาวคัทคนา บำรุงสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๘ , ๐ ๘๕๑๑ ๕๕๔๔๔ E-mail : k.katkana@gmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๘ E-mail : qspchon@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

หน่วยวัด : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

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

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐ ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี ๒๕๖๑ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ

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

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

เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้

๓๒.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๕% จากปี ๒๕๖๐ หรือ≥ ๔๐%

๓๒.๒ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๕% จากปี ๒๕๖๐ หรือ≥๕๐%

เกณฑ์การให้คะแนน :

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (๗๐%) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ดี	<๒๕.๐๐ %	๒๕.๐๐ – ๒๙.๙๙%	๓๐.๐๐ – ๓๔.๙๙%	๓๕.๐๐ – ๓๙.๙๙%	≥ ๔๐.๐๐%
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี	<๓๕.๐๐ %	๓๕.๐๐ – ๓๙.๙๙%	๔๐.๐๐ – ๔๔.๙๙%	๔๕.๐๐ – ๔๙.๙๙%	≥ ๕๐.๐๐%

และ

- NCD Clinic Plus (๓๐%) เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิก NCD อย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงบริการสุขภาพในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน) องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน					
ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน) 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7 %) 3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDLและมีค่า LDL < 100 mg/dl 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam 5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam 6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg 7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2)) 8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน 9. อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ 10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง 11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง 13. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (> 140/90 มม.ปรอท) 14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต 15. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD)	**ปรับปรุง (<๖๐)**	**พื้นฐาน (๖๐-๖๙)**	**ดี (๗๐-๗๙)**	**ดีมาก (๘๐-๘๔)**	**ดีเด่น (๘๕-๑๐๐)**

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๘	**๒๕๕๙**	**๒๕๖๐**
๓๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	ร้อยละ	๒๗.๗๔	๓๓.๘๒	๒๙.๔๔
๓๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	ร้อยละ	๑๔.๒๕	๑๗.๖๓	๒๒.๓๗

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ตารางแสดง จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำแนกรายอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐

อำเภอ	ปี ๒๕๕๘			ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐		
	B	A	A	B	A	อัตรา	B	A	อัตรา
เมืองชลบุรี	๑๐,๓๕๕	๒,๒๙๖	๒๒.๑๗	๑๑,๐๒๖	๒,๙๒๓	๒๖.๕๑	๔,๗๒๗	๑,๙๗๙	๑๖.๘๓
บ้านบึง	๓,๙๑๑	๑,๐๑๕	๒๕.๙๕	๓,๘๖๖	๑,๓๘๘	๓๕.๙	๓,๐๑๖	๑,๕๙๑	๓๘.๗๓
หนองใหญ่	๘๐๐	๒๒๘	๒๘.๕	๘๑๙	๓๑๙	๓๘.๙๕	๕๐๑	๑๗๔	๒๑.๐๔
บางละมุง	๑๒,๕๗๐	๒,๐๕๔	๑๖.๓๔	๑๑,๙๗๗	๔,๒๘๘	๓๕.๘	๗,๕๓๓	๓,๘๖๔	๓๓.๕๖
พานทอง	๒,๗๖๐	๗๔๓	๒๖.๙๒	๒,๘๐๑	๘๗๐	๓๑.๐๖	๒,๐๘๒	๘๙๓	๒๙.๗๖
พนัสนิคม	๖,๑๗๕	๑,๖๘๗	๒๗.๓๒	๖,๒๘๔	๒,๐๕๐	๓๒.๖๒	๔,๕๑๐	๒,๑๖๑	๓๒.๒๒
ศรีราชา	๗,๕๖๑	๒,๗๑๙	๓๕.๙๖	๘,๒๑๐	๓,๔๗๖	๔๒.๓๔	๕,๕๘๖	๒,๘๙๓	๓๗.๖๘
เกาะสีชัง	๒๙๔	๘๘	๒๙.๙๓	๒๘๗	๑๑๐	๓๘.๓๓	๒๒๘	๑๑๗	๔๐.๓๔
สัตหีบ	๓,๔๘๙	๑,๐๕๘	๓๐.๓๒	๓,๔๓๗	๑,๒๒๘	๓๕.๗๓	๒,๒๗๗	๑,๐๖๔	๒๘.๗๘
บ่อทอง	๑,๖๙๑	๓๘๖	๒๒.๘๓	๑,๖๖๖	๔๔๗	๒๖.๘๓	๑,๐๘๘	๔๓๐	๒๔.๘๖
เกาะจันทร์	๑,๓๗๑	๓๔๐	๒๔.๘	๑,๔๐๐	๔๑๓	๒๙.๕	๑,๐๑๙	๓๘๒	๒๕.๕๐
รวม	**๕๐,๙๗๗**	**๑๒,๖๑๔**	**๒๔.๗๔**	**๕๑,๗๗๓**	**๑๗,๕๑๒**	**๓๓.๘๒**	**๓๒,๕๖๗**	**๑๕,๕๔๘**	**๒๙.๔๔**

ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/hdc/ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

หมายเหตุ B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ตารางแสดง จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำแนกรายอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐

อำเภอ	ปี ๒๕๕๘			ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๐		
	B	A	อัตรา	B	A	อัตรา	B	A	อัตรา
เมืองชลบุรี	๒๐,๖๒๖	๒,๐๐๘	๙.๗๔	๒๑,๙๑๗	๑,๙๘๐	๙.๐๓	๘,๑๑๔	๓,๙๘๕	๑๖.๙๐
บ้านบึง	๙,๕๙๕	๑,๘๕๓	๑๙.๓๑	๙,๗๐๑	๓,๕๖๓	๓๖.๗๓	๕,๑๙๐	๓,๓๔๔	๓๓.๓๙
หนองใหญ่	๒,๐๐๘	๖๑๕	๓๐.๖๓	๒,๐๕๓	๗๗๑	๓๗.๕๕	๑,๑๘๐	๗๗๒	๓๗.๖๒
บางละมุง	๒๑,๘๕๙	๑,๗๙๔	๘.๒๑	๒๑,๔๑๓	๑,๗๒๙	๘.๐๗	๗,๗๒๘	๓,๔๘๖	๑๕.๕๓
พานทอง	๕,๗๓๒	๘๐๔	๑๔.๐๓	๕,๙๐๑	๑,๐๑๒	๑๗.๑๕	๒,๙๘๙	๑,๔๗๙	๒๔.๐๑
พนัสนิคม	๑๔,๗๔๒	๓,๓๖๐	๒๒.๗๙	๑๔,๘๘๔	๔,๖๙๓	๓๑.๕๓	๙,๓๓๕	๔,๘๖๓	๓๑.๕๘
ศรีราชา	๑๔,๔๘๙	๑,๖๙๓	๑๑.๖๘	๑๕,๕๘๖	๑,๘๖๒	๑๑.๙๕	๔,๘๑๑	๒,๐๔๑	๑๓.๓๘
เกาะสีชัง	๖๓๗	๒๗๔	๔๓.๐๑	๖๕๐	๒๖๓	๔๐.๔๖	๕๑๑	๓๓๘	๕๑.๔๕
สัตหีบ	๖,๔๑๙	๑,๕๙๐	๒๔.๗๗	๖,๓๙๓	๑,๖๙๘	๒๖.๕๖	๔,๐๙๙	๑,๘๗๘	๒๕.๔๙
บ่อทอง	๔,๔๓๒	๓๕๘	๘.๐๘	๔,๓๒๙	๕๘๖	๑๓.๕๔	๒,๙๓๓	๑,๖๖๗	๓๕.๒๖
เกาะจันทร์	๓,๓๐๔	๔๔๗	๑๓.๕๓	๓,๓๖๙	๕๖๖	๑๖.๘	๒,๑๓๑	๑,๑๕๘	๓๑.๗๗
รวม	**๑๐๓,๘๔๓**	**๑๔,๗๙๖**	**๑๔.๒๕**	**๑๐๖,๑๙๖**	**๑๘,๗๒๓**	**๑๗.๖๓**	**๔๙,๐๒๑**	**๒๕,๐๑๑**	**๒๒.๔๗**

ที่มา : http://hdcservice.moph.go.th/hdc/ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

หมายเหตุ B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

ผลการประเมิน NCD Clinic Plus จังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๐

โรงพยาบาล	ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus	ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus *ข้อมูลจากHDC* (๕๐ คะแนน)	คะแนนรวม	หมายเหตุ
รพ.ชลบุรี	๔๕.๗๑	๔.๘๐	๕๐.๕๑	ไม่ผ่าน
รพ.บางละมุง	๔๒.๖๕	๒๖.๘	๖๙.๔๕	ระดับพื้นฐาน
รพ.แหลมฉบัง	๔๗.๓๕	๑๒.๘๐	๖๐.๑๕	ระดับพื้นฐาน
รพ.พนัสนิคม	๔๑.๕๓	๒๗.๒๐	๖๘.๗๓	ระดับพื้นฐาน
รพ.บ้านบึง	๔๑.๖๐	๒๖.๒๐	๖๗.๘๐	ระดับพื้นฐาน
รพ.สัตหีบ กม.๑๐	๔๖.๑๒	๑๔.๒๐	๖๐.๓๒	ระดับพื้นฐาน
รพ.พานทอง	๔๒.๑๐	๑๘.๖๐	๖๐.๗๐	ระดับพื้นฐาน
รพ.บ่อทอง	๔๐.๐๐	๒๙.๐๐	๖๙.๐๐	ระดับพื้นฐาน
รพ.หนองใหญ่	๓๙.๗๐	๒๐.๔๐	๖๐.๑๐	ระดับพื้นฐาน
รพ.วัดญาณฯ	๓๙.๙๐	๒๔.๖๐	๖๔.๕๐	ระดับพื้นฐาน
รพ.เกาะจันทร์	๓๗.๑๐	๓๓.๘๐	๗๐.๙๐	ระดับดี
รพ.เกาะสีชัง	๓๗.๓๐	๒๕.๖๐	๖๒.๙๐	ระดับพื้นฐาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area๑และ๓) ๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area๑และ๓)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HDC ระดับจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	(A/B) x ๑๐๐
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	(C/D) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามความก้าวหน้าทุกเดือน/ประเมินผล มิถุนายน ๒๕๖๑

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๑

ผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๓๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	๓๕	๓๕ - ๓๙	≥ ๔๐	≥ ๔๐
๓๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๔๕	๔๕ - ๔๙	≥ ๕๐	≥ ๕๐

หมายเหตุ

เอกสารสนับสนุน : ๑. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๕๗

๒. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ ๒๕๕๘

๓. แนวทางการรักษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง ๒๕๕๘

๔. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	๑. นางสุมนรัตน์ นีรพัฒนกุล โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๕๐๘๖ ๒๔๗๒ ๒. นางสาวทิพานัน เมธวัน โทรศัพท์มือถือ : ๐๖ ๑๕๓๕ ๖๓๖๖ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๙๓ โทรสาร : ๐ ๓๘๒๗ ๔๙๓๒ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางสาวทิพานัน เมธวัน โทรศัพท์มือถือ : ๐๖ ๑๕๓๕ ๖๓๖๖ โทรศัพท์สำนักงาน : ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๙๓ E-mail :jee_t.panun@hotmail.co.th

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ
ชื่อแผนงาน ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ชื่อโครงการ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อตัวชี้วัด : ๑๒ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (✓) สสอ. (✓) รพ. (✓) รพ.สต.
คำนิยาม :

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)
๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี
๔. อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย หารด้วย จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน คูณ ด้วย ๑๐๐
๕. อัตราการเข้ารับบริการในระบบ Fast track หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคตามนิยามของโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการรับรู้ถึงอาการเตือนของโรค (Warning sign) และเข้ารับบริการตามระบบ Fast track ร้อยละ ๑๐๐ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี
๕.๑ ผู้ป่วยที่มีอาการตาม Warning sign ของโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการในโรงพยาบาลภายใน Golden period ภายใน ๔.๕ ชม.
๕.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ(door to refer)ภายใน ๓๐ นาที
๕.๓ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเปิดเส้นเลือดโดยได้รับยา rTPA ในโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาได้
๕.๔ อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ ๗ (I๖๐-๖๙)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)	ราย	๑๒๒๗	๒๒๗๘	๑๙๔๓
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาย (I๖๐-I๖๙)	ราย	๙๖	๒๒๑	๑๗๒
อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)	ร้อยละ	๗.๘๒	๙.๗๐	๘.๘๕
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารักษาทั้งหมด (รวมใน Golden period และไม่เข้า Golden period)	ราย	๙๐๓	๑๔๑๓	๑๔๗๖
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๔.๕ ชม.	ราย	๖๑๗	๕๗๐	๘๑๖
ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๔.๕ ชม.	ร้อยละ	๕๗.๐๗	๔๐.๓๔	๕๕.๒๘
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อ door to refer (๓๐นาที)	ราย	๔๙๓	๒๑๕	๒๒๔
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อ door to refer (๓๐นาที)	ร้อยละ	๓๔.๘๙	๓๗.๕๔	๒๗.๔๕
จำนวนผู้ป่วย Stroke ได้รับยา rTPA (รพ.ชลบุรี)	ราย	๓๔/๓๙๘	๔๒/๔๑๐	๓๔/๒๑๒
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับยา rTPA (รพ.ชลบุรี)	ร้อยละ	๘.๕๔	๑๐.๒๔	๑๖.๐๓

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (น้ำหนัก ๐.๕)

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน ๑	คะแนน ๒	คะแนน ๓	คะแนน ๔	คะแนน ๕
อัตราการตายโรคของหลอดเลือดสมอง	≤ ร้อยละ๙	≤ ร้อยละ ๘	≤ ร้อยละ๗	≤ ร้อยละ ๖	≤ ร้อยละ ๕

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ Fast track และลดอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองน้อยกว่า ร้อยละ ๗

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบรายงาน/ระบบ Thai refer/การนิเทศ/การตรวจประเมินจากการประเมินตนเอง

แหล่งข้อมูล : แบบรายงานหน้างาน และฐานข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ๔๓ แฟ้ม

รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๒	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๔.๕ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๓	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อ door to refer (๓๐นาที)
รายการข้อมูล ๔	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเปิดเส้นเลือดโดยได้รับยา rTPA
รายการข้อมูล ๕	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)
รายการข้อมูล ๖	ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)

ระยะเวลาประเมินผล : ทุกไตรมาส

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (น้ำหนัก ๑.๕)

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ระดับ ๑	✓				
ระดับ ๒	✓	✓			
ระดับ ๓	✓	✓	✓		
ระดับ ๔	✓	✓	✓	✓	
ระดับ ๕	✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๓

โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในระบบ Fast track และการวิเคราะห์ความเสี่ยงในกรณีมี AE ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปีที่ผ่านมาและในรอบปีปัจจุบัน
๒	มีการวางแผนการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคที่สำคัญในพื้นที่อำเภอมีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign ในชุมชนร่วมกับอำเภอ
๓	มีข้อ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๔.๕ ชม และ door to refer= ๓๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ และมีการวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยง (RCA)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๔	มีข้อ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๔.๕ ชม และ door to refer= ๓๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ และมีการวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยง (RCA)
๕	มีข้อ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๔.๕ ชม และ door to refer= ๓๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และมีการวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยง (RCA)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน
๒	มีข้อ๑ และมีแผนกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign ในชุมชน
๓	มีข้อ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน≥ร้อยละ ๘๐
๔	มีข้อ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน≥ร้อยละ ๙๐
๕	มีข้อ๑-๒ และมีการควบคุมกำกับให้รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุก ในชุมชนร้อยละ ๑๐๐

๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน
๒	มีแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign อย่างน้อยในกลุ่มต่อไปนี้ ๑.กลุ่มเสี่ยง เช่น CVD Risk ๒.กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข/จิตอาสาและชมรมต่างๆ ๓.กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔.อื่น ๆ
๓	มีการดำเนินงานแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign และจัดกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง
๔	มีข้อ๑-๓ และร้อยละผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐
๕	มีข้อ๑-๓ และร้อยละผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง >ร้อยละ ๔๐

วิธีการประเมินผล	๑ แบบรายงานรายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน	๑ แบบรายงาน/ระบบ Thai refer/การนิเทศ ๒ การตรวจประเมินจากการประเมินตนเอง
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางเอมอรณัฐ เกียรติศักดิ์วณิช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๘๖๖๐๐๑๗๙๕ E-mail : qspchon@gmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๓๘-๙๓๒-๔๕๘ E-mail : qspchon@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ๒.Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

ชื่อแผนงาน : ๖.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลปี ๒๕๖๑

ชื่อตัวชี้วัด : ๑๓. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.

คำนิยาม : **๑. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล** เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU ๑ และ RDU ๒

- RDU ๑ หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย

- RDU ๒ หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี ๓ ระดับดังนี้

- **RDU ขั้นที่ ๑ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**

RDU ๑	RDU ๒
โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ **Process** ๑. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU ๒. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด **Output** ๑. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ ๓	**Output** ๑. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

- **RDU ขั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**

RDU ๑	RDU ๒
โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ๑๐ ๔. การใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	๑. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

■ **RDU ขั้นที่ ๓ หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**

RDU ๑	RDU ๒
โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ ๑. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด	๑. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

๒. การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง ๖ กิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรม
๑. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (๑) ผู้บริหารโรงพยาบาล (๒) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (๓) ประธาน Patient Care Team (PCT) (๔) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (๕) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (๖) เภสัชกร (๗) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง <u>หมายเหตุ</u> * คณะกรรมการ AMR หมายถึง (๑) คณะกรรมการ AMR ที่รพ. ตั้งขึ้นใหม่ หรือ (๒) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ
๒. โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibiotor (BLBI) เช่น *Cefoperazone-Sulbactam*, *Piperacillin/tazobactam*, Amoxicillin-Clavulanic acid
๓. โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Salmonella* spp., *Enterococcus faecium และ Streptococcus pneumoniae* ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔. โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (๑) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ ๑ ครั้ง (๒) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ ๑ ครั้ง และ (๓) รายการเชื้อก่อโรค และความไวยาของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ ๑ ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

๕. โรงพยาบาลจัดทำ (๑) antibiogram อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (๒) ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล เดือนละ ๑ ครั้ง และ (๓) ส่งข้อมูล (๑) และ (๒) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๖. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
-ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU ขั้น ๑) -โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีแผนปฏิบัติการในการจัดการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)	ร้อยละ มี	N/A N/A	N/A N/A	๔๑.๖๗ มีครบทั้ง ๒ แห่ง

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
โรงพยาบาล	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๕
อำเภอ(สาธารณสุขอำเภอ)	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
รพ.สต.	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ระดับ ๕

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๔๐
ระดับ ๒	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๖๐
ระดับ ๓	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐
ระดับ ๔	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐ RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๐
ระดับ ๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๘๐ RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๐

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ระดับโรงพยาบาล)	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU และรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดทุกเดือนในระบบรายงานเฉพาะกิจ โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีคณะกรรมการ AMR และแผนปฏิบัติการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ของโรงพยาบาล
ระดับ ๒	ผ่านระดับ ๑ และมีกิจกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและสู่ชุมชน
ระดับ ๓	ผ่านระดับ ๒ และผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ ๑ (RDU ขั้นที่ ๑) โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีการจัดทำรายงานตามกิจกรรมการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในข้อ ๒-๔
ระดับ ๔	ผ่านระดับ ๓ และผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ ๒ (RDU ขั้นที่ ๒) โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีการจัดทำรายงานตามกิจกรรมการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในข้อ ๒-๕
ระดับ ๕	ผ่านระดับ ๔ และมีนวตกรรม/R๒R/ผลงานวิชาการที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือนำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพที่ ๖ โดยโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ M๑ ขึ้นไปมีการจัดทำรายงานตามกิจกรรมการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในข้อ ๒-๖

ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค
ระดับ ๒	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค
ระดับ ๓	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค
ระดับ ๔	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค
ระดับ ๕	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ระดับรพ.สต.)	
ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
ระดับ ๑	มีการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ มีแผนดำเนินงาน และกำหนดตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
ระดับ ๒	ผ่านระดับ ๑ และมีการดำเนินงานตามแผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
ระดับ ๓	ผ่านระดับ ๒ และมีการรายงานผลการดำเนินการตามเกณฑ์ตัวชี้วัด(ส่งข้อมูลเข้า HDC ทุกเดือนและเป็นปัจจุบัน)
ระดับ ๔	ผ่านระดับ ๓ และมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง ๒ โรค(อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน)
ระดับ ๕	ผ่านระดับ ๔ และมีนวตกรรม/R๒R/ผลงานวิชาการที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือนำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์ : ๑. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา
๒. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
: AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จากรายงานในระบบรายงานเฉพาะกิจ และ HDC ทุกเดือน

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (HDC)

รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ ๑/ขั้นที่ ๒
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	C= จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔	D= จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	RDU : (A/B) x ๑๐๐ AMR : (C/D) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๓-๔

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๓

เกณฑ์การให้คะแนน: กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ระดับ ๑	√				
ระดับ ๒	√	√			
ระดับ ๓	√	√	√		
ระดับ ๔	√	√	√	√	
ระดับ ๕	√	√	√	√	√

หมายเหตุ: ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ ๓

โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑	มีคณะกรรมการขับเคลื่อนและรายงานผลการดำเนินการทุกเดือน
ขั้นตอนที่ ๒	มีกิจกรรมการดำเนินงานในโรงพยาบาลและชุมชน
ขั้นตอนที่ ๓	มีผลการดำเนินการและผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑
ขั้นตอนที่ ๔	มีผลการดำเนินการและผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒
ขั้นตอนที่ ๕	มีนวตกรรม/R๒R/ผลงานวิชาการที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือนำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพที่ ๖

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงคุณภาพ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๓	ระดับ ๔-๕

วิธีการประเมินผล	การรายงานและการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล ภญ.ศรัณยา กล่อมใจขาว ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๓๘-๙๓๒-๔๘๖ E-mail : sara_k๑๓๖@hotmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล ภญ.รติกร ประเสริฐไทยเจริญ ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) กลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๓๘-๙๓๒-๔๘๖ E-mail : ratiping@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ
ชื่อแผนงาน ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ชื่อโครงการ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ
ชื่อตัวชี้วัด : ๑๔ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (✓) สสอ. (✓) รพ. (✓) รพ.สต.
คำนิยาม : อัตราการเข้ารับบริการในระบบ Fast track หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคตามนิยามของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้มีการรับรู้ถึงอาการเตือนของโรค และเข้ารับบริการตามระบบ Fast track ร้อยละ ๑๐๐ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดชลบุรี

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)

๑. ผู้ป่วยที่มีอาการตาม Warning sign ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เข้ารับบริการในโรงพยาบาลภายใน Golden period ภายใน ๑๒ ชม.

๒. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน ๑๐ นาที

๓. ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK (door to needle time) ภายในเวลา ๓๐ นาที และหรือ PCI (door to balloon time) ภายในเวลา ๙๐ นาที

๔. อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)	ราย	๒๐๗	๑๙๕	๑๗๘
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เสียชีวิต	ราย	๓๐	๒๑	๒๕
อัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)	ร้อยละ	๑๔.๔๙	๑๐.๗๗	๑๔.๐๔
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๑๒ ชม.	ราย	NA	๑๑๕	๑๖๔
ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๑๒ ชม.	ร้อยละ	๙๓.๔๔	๕๘.๙๗	๙๒.๑๓
จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) EKG ภายใน ๑๐ นาที	ราย	NA	๑๒๓	๑๕๓
ร้อยละผู้ป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน EKG ภายใน ๑๐ นาที	ร้อยละ	NA	๖๓.๐๘	๘๕.๙๕
จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Door to needle time ภายใน ๓๐ นาที	ราย	NA	NA	๘
ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Door to needle time ภายใน ๓๐ นาที	ร้อยละ	NA	NA	๒๑.๖๒
Door to needle time เฉลี่ย	นาที	NA	NA	๕๖.๒๕
จำนวนผู้ป่วยที่ให้ SK	ราย	๒๒	๕๐	๓๗
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ PCI	ราย	๑๐๖	๑๑๕	๑๐๓

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
Door to Balloon time เฉลี่ย	นาที	NA	NA	๑๐๒
รวมจำนวนผู้ป่วยที่ให้ SK และ PCI	ราย	๑๒๘	๑๖๕	๑๔๐
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK และPCI	ร้อยละ	๖๑.๘๔	๘๔.๖๑	๘๕.๓๖

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (น้ำหนัก ๐.๕)

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน ๑	คะแนน ๒	คะแนน ๓	คะแนน ๔	คะแนน ๕
อัตราตายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	>ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๑๖-๒๐	ร้อยละ ๑๑-๑๕	<ร้อยละ ๑๑	ไม่มีการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ Fast track และลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : **ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI** ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบรายงาน/ระบบ Thai refer/การนิเทศ/การตรวจประเมินจากการประเมินตนเอง

แหล่งข้อมูล : แบบรายงานหน้างาน และฐานข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ๔๓ แฟ้ม

รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ทั้งหมดที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๒	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI เข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๑๒ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๓	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน ๑๐ นาที
รายการข้อมูล ๔	ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK (door to needle time) ภายในเวลา ๓๐ นาที และหรือ PCI (door to balloon time) ภายในเวลา ๙๐ นาที
รายการข้อมูล ๕	ผู้ป่วยโรค STEMI เสียชีวิต
รายการข้อมูล ๖	ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (I๒๐ - I๒๕)

ระยะเวลาประเมินผล : ทุกไตรมาส

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
ระดับ ๑	✓				
ระดับ ๒	✓	✓			
ระดับ ๓	✓	✓	✓		
ระดับ ๔	✓	✓	✓	✓	
ระดับ ๕	✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ๓
โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในระบบ Fast track และการวิเคราะห์ความเสี่ยงในกรณีมี AE ของผู้ป่วย STEMI ในปีที่ผ่านมาและในรอบปีปัจจุบัน
๒	มีการวางแผนการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคที่สำคัญในพื้นที่อำเภอ มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชนร่วมกับอำเภอ
๓	มีข้อ ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๑๒ ชม และทำ EKG ภายใน ๑๐ นาที) ร้อยละ ๘๐-๘๕ และมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง (RCA)
๔	มีข้อ ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period) ภายใน ๑๒ ชม ,EKG ภายใน ๑๐ นาที) ร้อยละ ๘๖-๙๐ และมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง (RCA)
๕	มีข้อ ๑-๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๑๒ ชม และทำ EKG ภายใน ๑๐ นาที) มากกว่าร้อยละ ๙๐ และมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง (RCA)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีข้อมูลผู้ป่วย STEMI และกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน
๒	มีข้อ๑ และมีแผนกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign ในชุมชน
๓	มีข้อ ๑-๒ และควบคุมกำกับให้รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน≥ร้อยละ ๘๐
๔	มีข้อ ๑-๒ และควบคุมกำกับให้รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุกในชุมชน≥ร้อยละ ๙๐
๕	มีข้อ ๑-๒ และควบคุมกำกับให้รพ.สต. มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign เชิงรุก ในชุมชน>ร้อยละ ๑๐๐

๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีข้อมูลผู้ป่วย STEMI และกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ย้อนหลัง ๓ ปี และมีข้อมูลปัจจุบัน
๒	มีแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign อย่างน้อยในกลุ่มต่อไปนี้ ๑.กลุ่มเสี่ยง เช่น CVD Risk ๒.กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข/จิตอาสาและชมรมต่างๆ ๓.กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔.อื่น ๆ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๓	มีการดำเนินงานแผนการประชาสัมพันธ์ Early Warning sign และจัดกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง
๔	มีข้อ๑-๓ และมีผู้ป่วยสงสัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๑๒ ชั่วโมง ร้อยละ ๘๐-๙๐
๕	มีข้อ๑-๓ และมีผู้ป่วยสงสัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๑๒ ชั่วโมง > ร้อยละ ๙๐

วิธีการประเมินผล	๑ แบบรายงานรายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน	๑ แบบรายงาน/ระบบ Thai refer/การนิเทศ ๒ การตรวจประเมินจากการประเมินตนเอง
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางเอมอรณัฐ เกียรติศักดิ์วณิช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๘๖๖๐๐๑๗๙๕ E-mail : qspchon@gmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๓๘-๙๓๒-๔๕๘ E-mail : qspchon@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ
ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery
ชื่อตัวชี้วัด : ๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
ลักษณะตัวชี้วัด : (✓) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : ( ) สสอ. (✓) รพ. ระดับ A, ระดับ S,ระดับ M ( ) รพ.สต.
คำนิยาม : **One Day Surgery (ODS) หมายถึง** การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน ๑๒ โรค (รพ. ระดับ A, ระดับ S)

๑. Inguinal hernia, Femoral hernia
๒. Hydrocele
๓. Hemorrhoid
๔. Vaginal bleeding
๕. Esophagogastric varices
๖. Esophageal stricture
๗. Esophagogastric cancer with obstruction
๘. Colorectal polyp
๙. Common bile duct stone
๑๐. Pancreatic duct stone
๑๑. Bile duct stricture
๑๒. Pancreatic duct stricture

โรงพยาบาลระดับ M (วัดเฉพาะ ๕ กลุ่มโรค)

๑. Inguinal hernia, Femoral hernia
๒. Hydrocele
๓. Hemorrhoid
๔. Vaginal bleeding
๕. อื่นๆ ตามศักยภาพของโรงพยาบาล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
-	ร้อยละ	NA	NA	NA

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS < ๖
๒	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ๖-๑๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ๑๑-๑๕
๔	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ๑๖-๒๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS > ๒๐

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS	<ร้อยละ ๖	ร้อยละ ๖-๑๐	ร้อยละ๑๑-๑๕	ร้อยละ๑๖-๒๐	>ร้อยละ ๒๐

โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS < ๖
๒	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ๖-๑๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ๑๑-๑๕
๔	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ๑๖-๒๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS > ๒๐

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS	<ร้อยละ ๖	ร้อยละ ๖-๑๐	ร้อยละ๑๑-๑๕	ร้อยละ๑๖-๒๐	>ร้อยละ ๒๐

วัตถุประสงค์ : ๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

๒. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง

๓. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย

๔. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน

แหล่งข้อมูล : โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M

รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๓

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๑๕
วิธีการประเมินผล	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)		
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery ๒. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient Safety)		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวนงนุช เมืองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๙๘-๘๒๐๑๕๕๗ E-mail : nongnuch_๖๕๙๐@hotmail.com		
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๘๓-๕๘๘๐๒๗๘ E-mail : Supattrachon๕๑@hotmail.com		

ประเด็นยุทธศาสตร์ :...๓...**การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ** SERVICE EXELLENCE

ชื่อแผนงาน :..... **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** .....

ชื่อโครงการ : ..โครงการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ชื่อตัวชี้วัด : ๑๖. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.

คำนิยาม : **๑.ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

๒.การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

-การรักษาด้วยยาสมุนไพร
-การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
-การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
-การทับหม้อเกลือ
-การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
-การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
-การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
-การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน

๓.การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย

-การฝึกสมาธิบำบัด
-ฝังเข็ม
-การกดจุดบำบัด
-การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย

๔.บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๕.สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	๒๓.๘๗ (Manual)	๒๕.๑๓ (Manual)	๑๒.๙๒ (HDC)

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	**ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑**	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	**ร้อยละ ๒๐** -รพศ/รพท. อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ -รพช. อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ -รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≤๑๔	๑๔.๐๑-๑๖.๐๐	๑๖.๐๑-๑๘.๐๐	๑๘.๐๑-๒๐.๐๐	>๒๐

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ.....

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ... ๑.การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม.....
..... ๒.ข้อมูลจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข.....

แหล่งข้อมูล : .....๑. จาก ๔๓ แฟ้ม.....
..... ๒. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข.....

รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๔

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.ทบทวนรูปแบบการบริการ(Service Package) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทุกระดับตาม Service Plan ๒.ชี้แจงและสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ CTMO ทุกเขตสุขภาพ	๑. พัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ ๑.๑ รพศ./รพท. เขตละอย่างน้อย ๒ แห่ง (A-M๑)	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการ ได้แก่ -คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-F๓) - คลินิก OPD แพทย์แผนไทย	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๒๐ แบ่งเป็น - รพศ./ รพท. อย่างน้อยร้อยละ ๑๐

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๓.สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข	๑.๒ รพช. จังหวัดละอย่างน้อย ๒ แห่ง (M๒-F๓) ๒. พัฒนา รพ.สต. สู่มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อำเภอละอย่างน้อย ๒ แห่ง	คู่ขนาน(A-F๓) - คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M๑) - บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต.	- รพช. อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ - รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ ๓๐

ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๒๐

ปี ๒๕๖๓

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๒๐

ปี ๒๕๖๓

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๒๐

วิธีการประเมินผล	๑. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ๒. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๒. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล ....นางชินนันทน์ บุญสนอง..... ตำแหน่ง ...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ..... กลุ่มงาน.....การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก..... โทรศัพท์ ...๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๕..... E-mail : ...chinnyja@hotmail.com.....
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล .....นางผาสุข สุวรรณจิตต์..... ตำแหน่ง ....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ..... กลุ่มงาน.....การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก..... โทรศัพท์ ...๐ ๓๘๙๓ ๒๔๘๕..... E-mail : ...suwanpasuk@gmail.com.....

ประเด็นยุทธศาสตร์ การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : Service Excellence

ชื่อโครงการ : **โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๗ : .**อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)**

ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ

ระดับการวัด : ( ) สสอ. (/) รพ. ( ) รพ.สต.

คำนิยาม : **ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)**

หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

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

การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑ และ ๒

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	ร้อยละ	NA	NA	NA
*โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ ๑๔.๗				

เกณฑ์เป้าหมาย :อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๑๒*	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๖

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลาปลอดภัยและประทับใจ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F๓ ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : HDC

๑. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน

๒. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION

๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT

แหล่งข้อมูล : มาตรฐาน ๔๓ แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน: อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๑๒*

ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑.โรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ๕ ขึ้นไป	๑. มีการรวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในปี ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ๒. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๓. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ ๔. วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต	๑.มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน ๒. มีรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนเชิงประจักษ์	๑.มีผลการประเมินทุก ๑ เดือน ๒. มีการนำผลการประเมินมาวางแผนแก้ไขปัญหา	๑. มีนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงคุณภาพ (ร้อยละ ๗๐)

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงปริมาณ (ร้อยละ ๓๐)

คะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป	≥ร้อยละ ๒๘	ร้อยละ ๒๗ – ๒๓	ร้อยละ ๒๒ – ๑๘	ร้อยละ ๑๗ – ๑๓	≤ ร้อยละ ๑๒

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ระดับ...๕..

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงคุณภาพ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในปี ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ๒. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๓. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ ๔. วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต	๑. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน	๑. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน	๑. อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ และโรงพยาบาลระดับ A-S

วิธีการประเมินผล	๑.รายงานข้อมูลสถิติการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ณ ER และWard ๒. HDC : ๑.ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วย รหัสบัตรประชาชน ๒. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION ๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT
เอกสารสนับสนุน	http://www.who.int/bulletin/volumes/๙๑/๕/๑๒-๑๑๒๖๖๔/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล ๑.นางอารีย์นุช ศิริวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๒.นางสาวนภกานต์ ประสาททอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๖๓๒๓๙๒ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่มีติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	๑. นางสุมนรัตน์ นีรพัฒนกุล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๖๓๒๓๙๒ ๒.นางอารีย์นุช ศิริวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๖๕๑๔๔๖ ๓. นางสาวนภกานต์ ประสาททอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๖๓๒๓๙๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ
ชื่อแผนงาน : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมกระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ
ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันและรักษาวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๑
ชื่อตัวชี้วัด : ๑๘. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
ลักษณะตัวชี้วัด : เชิงปริมาณ
ระดับการวัด : โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ
คำนิยาม : ๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทาง ห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจ เสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรองรับ

๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๓. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย : ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาวัณโรครายใหม่ทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่มีผลการรักษาหาย (Cure) หรือ รักษาครบ (Completed)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๘๕.๓๐	๘๓.๓๑	๘๐.๙๖	๘๓.๖๕

เกณฑ์เป้าหมาย :

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
	< ๗๐	๗๐-๗๔	๗๕-๗๙	๘๐-๘๔	≥ ๘๕

วัตถุประสงค์ : เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบโปรแกรม TBCM online ๒๐๑๐
แหล่งข้อมูล : โปรแกรม TBCM online ๒๐๑๐
รายการข้อมูล :

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๑
รายการข้อมูล ๒	**B =** จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**(A/B)x๑๐๐**

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔
หมายเหตุ : - ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๑
- ติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๘๕	**ร้อยละ ๘๕**	**ร้อยละ ๘๕**	**ร้อยละ ๘๕**

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวกัญญพัฒน์ ฝั่งนที **เบอร์ติดต่อ** ๐๙ ๕๐๕๔ ๑๔๖๔
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนันธิยา สว่างวงค์ **เบอร์ติดต่อ** ๐๘ ๐๕๖๔ ๘๑๗๘
E-mail nida_jnag@hotmail.com
nantiya_๒๘@hotmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ
ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
กลยุทธ์ที่ ๗ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : ๑๙. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. ( ) รพ. ( ) รพ.สต.
คำนิยาม :
ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑๑ แห่ง

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์การ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี ๒๕๖๑- ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี
๒. ดำเนินการภาคบังคับในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ปีละ ๒ หมวด และปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๕ ปีละ ๖ หมวด

พ.ศ.	ภาคบังคับ
๒๕๖๑	หมวด ๑,หมวด ๕
๒๕๖๒	หมวด ๒,หมวด ๔
๒๕๖๓	หมวด ๓,หมวด ๖
๒๕๖๔	หมวด ๑- ๖
๒๕๖๕	หมวด ๑- ๖

๓. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน
๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด ๗
๕. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร
๖. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร /ผู้ตรวจประเมินภายนอก

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
สสอ.ผ่านเกณฑ์ PMQA		N/A	N/A	N/A

เกณฑ์เป้าหมาย :

๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๗๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖

๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาคุณภาพ
แหล่งข้อมูล	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน ๒.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๒ หมวด (หมวด ๑,หมวด ๕) ๓.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)	๑.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	๑.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ	๑.ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๕๐)

๔.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗)			

เงื่อนไข: - ทุกอำเภอให้ รพ.สต.ติดดาว ทำรายงานหมวดที่ ๑ ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ครบถ้วนทุกแห่ง

วิธีการประเมินผล :

<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>๑</td><td>มีการจัดตั้งคณะกรรมการ และมีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน
<table>
<tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>๐.๒๐ คะแนน</td><td>๐.๔๐ คะแนน</td><td>๐.๖๐ คะแนน</td><td>๐.๘๐ คะแนน</td><td>๑ คะแนน</td></tr>
<tr><td>๕ คำถาม</td><td>๗ คำถาม</td><td>๙ คำถาม</td><td>๑๑ คำถาม</td><td>๑๓ คำถาม</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>๒</td><td>มีการประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน
<table>
<tr><td rowspan="2">พ.ศ.</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>๐.๕๐ คะแนน</td><td>๑ คะแนน</td></tr>
<tr><td>๒๕๖๑</td><td>๑ หมวด</td><td>๒ หมวด</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>๓</td><td>มีการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน
<table>
<tr><td rowspan="2">พ.ศ.</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>๐.๕๐ คะแนน</td><td>๑ คะแนน</td></tr>
<tr><td>๒๕๖๑</td><td>มีแผน ๑ หมวด</td><td>มีแผน ๒ หมวด</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>๔</td><td>อำเภอผ่านกระบวนการข้อ ๑-๓ และจัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน
<table>
<tr><td rowspan="2">พ.ศ.</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>๐.๕๐ คะแนน</td><td>๑ คะแนน</td></tr>
<tr><td>๒๕๖๑</td><td>ไม่ครบถ้วน</td><td>ครบถ้วน</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>๕</td><td>อำเภอมีผลการดำเนินงานตามแผนและตัวชี้วัดที่กำหนดผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ และมีกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ
<table>
<tr><td rowspan="2">พ.ศ.</td><td colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>๐.๕๐ คะแนน</td><td>๑ คะแนน</td></tr>
<tr><td>๒๕๖๑</td><td>ไม่ครบถ้วน</td><td>ครบถ้วน</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>๒๕๕๘</td><td>๒๕๕๙</td><td>๒๕๖๐</td></tr>
<tr><td>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td><td>ระดับ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>๑.นส.เสาวลักษณ์ ขันทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒.นส.คัทคนา บำรุงสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๓.นางเอมอรณัฐ เกียรติศักดิ์วณิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๓๘ ๙๓๒๔๕๘
โทรสาร ๐๓๘ ๒๗๔๙๓๒
อีเมล qspchon@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</td><td>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๓๘ ๙๓๒๔๕๘
โทรสาร ๐๓๘ ๒๗๔๙๓๒
อีเมล qspchon@gmail.com</td></tr>
</table>

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ
ชื่อแผนงาน ๖๔ โครงการพัฒนาองค์กรสุขภาพ
ชื่อโครงการ : **โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA สำหรับสถานพยาบาล**
ชื่อตัวชี้วัด : **๒๐. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA)**
ลักษณะตัวชี้วัด : ( ) เชิงปริมาณ (✓) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : ( ) สสอ. (✓) รพ. ( ) รพ.สต.
คำนิยาม : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง

-โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค

-โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐ แห่ง

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรอง รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้

- HA ขั้นที่ ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสสูง

-HA ขั้นที่ ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

-HA ขั้นที่ ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลผลิตที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	แห่ง	๑๒	๑๒	๑๒
จำนวนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	แห่ง	๔	๔	๔
ผ่านขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง	แห่ง	NA	๑๓	๑๓
ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง	ร้อยละ	NA	๑๓	๘๑.๒๕
ผ่านขั้น ๓ และเตรียม Re accredit ปี ๒๕๖๑	แห่ง	NA	NA	๗
ร้อยละของโรงพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง	ร้อยละ	NA	๑๓	๔๓.๗๕
โรงพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง + Reaccredit	แห่ง	NA	NA	๗
ร้อยละของโรงพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง+ Reaccredit	ร้อยละ	NA	NA	๔๓.๗๕

เกณฑ์เป้าหมาย :โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและโรงพยาบาลนอกสังกัดที่ทำ TOR (กรณีเป็นตัวชี้วัดแบบขั้นตอน)

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีผลการรับรองคุณภาพ HA ขั้น ๑
๒	มีผลการรับรองคุณภาพ HA ขั้น๑ มีแผนในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความพร้อมสู่การรับรอง HA ขั้นต่อไป
๓	มีผลการรับรองคุณภาพ HA ขั้น ๒ มีแผนในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความพร้อมสู่การรับรอง HA ขั้นต่อไป
๔	มีผลการรับรองคุณภาพ HA ขั้น ๓ และยื่นคำขอเพื่อรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ เดือน ก่อนใบรับรองหมดอายุ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดกิจกรรมคุณภาพภายในหน่วยงาน
๕	มีผลการรับรอง HA ขั้น ๓ และยื่นคำขอเพื่อรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ เดือน ก่อนใบรับรองหมดอายุ และมีการส่งผลงานเด่นนำเสนอในเวทีภายนอกหน่วยงาน เช่น จังหวัด เขต หรือประเทศ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและโรงพยาบาลนอกสังกัดที่ทำ TOR
วิธีการจัดเก็บข้อมูล :ติดตามเก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลรายงาน /สรพ.

แหล่งข้อมูล : ติดตามเก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาล
รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ แห่ง
รายการข้อมูล ๒	จำนวนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๔ แห่ง
รายการข้อมูล ๓	ผ่านขั้น ๓ และเตรียม Re accredit ปี ๒๕๖๑
รายการข้อมูล ๔	โรงพยาบาลได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง + Reaccredit ๗ แห่ง

กำหนดการรายงานข้อมูลและเกณฑ์ประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ๘๐ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA ผ่านขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง	ร้อยละ๘๐ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA ผ่านขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง	ร้อยละ๘๐ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA ผ่านขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง	ร้อยละ๘๐ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA ผ่านขั้น ๓ ที่ยังมีอายุการรับรอง

วิธีการประเมินผล	๑ ทุกไตรมาสในปี ๒๕๖๑
เอกสารสนับสนุน	๑ แบบรายงาน Recommendation ของ สรพ./Road map ๒ การตรวจประเมินจากการประเมินตนเอง ๓ รายงานความเสี่ยง/ ผลการ Tracer
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางเอมอรณัฐ เกียรติศักดิ์วณิช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๘๖๖๐๐๑๗๙๕ E-mail : qspchon@gmail.com
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ชื่อ สกุล นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๓๘-๙๓๒-๔๕๘ E-mail : qspchon@gmail.com

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**โครงการระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.**
ระดับการวัดผล	**ระดับอำเภอและระดับ รพ.สต.**
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**๒๑. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ**
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.** หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี โดย ๕ ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้ เกณฑ์หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี เกณฑ์หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกณฑ์หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เกณฑ์หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย เกณฑ์หมวด ๕ ผลลัพธ์ <u>เกณฑ์การประมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ติดดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้</u> ๑.รพ.สต.๕ ดาว คะแนนรายหมวดและคะแนนรวมแต่ละหมวด ≥ ร้อยละ ๘๐ ๒.รพ.สต.ที่ต้องรายงานเขตและจังหวัดเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา ๒.๑ รพ.สต. ๔ ดาว ได้คะแนนรวม ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ ๒.๒ รพ.สต. ๓ ดาว ได้คะแนนรวม ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙

เกณฑ์เป้าหมาย :

ทุก คปสอ.มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ (คิดค่าคะแนนเทียบจากคะแนน รพ.สต)

โดยประเมินจาก ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๑๘ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยทีมนิเทศและตรวจราชการ
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๖ เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๔๐		ร้อยละ ๔๐

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๖๐		ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๓ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๘๐		ร้อยละ ๘๐

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๑๐๐		ร้อยละ ๑๐๐

วิธีการประเมินผล:	๑. คปสอ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย ๒. สำรวจและประเมินตนเอง ประเมินภายใน คปสอ. ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ๓. ทีมนิเทศและตรวจราชการบูรณาการของจังหวัดทำการสุ่มสำรวจและสรุปผลการประเมิน ๔. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ฯ ร้อยละ ๑๐๐ ภายในไตรมาสที่ ๑
๒	คปสอ.มีการจัดทำคณะทำงานสหวิชาชีพและเป็นพี่เลี้ยงและตรวจประเมินภายในอำเภอและมีแผนงาน ในการดำเนินการตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพฯ
๓	ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพฯ ร้อยละ ๔๐
๔	ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพฯ ร้อยละ ๕๐
๕	ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพฯ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ และมีผลงานวิชาการ นวัตกรรม, งานวิจัย หรือ R๒R ที่นำสู่เวทีระดับจังหวัด ระดับเขต หรือสูงกว่า หรือมีการขยายผลในหน่วยงานอื่นๆ

เงื่อนไข ๑. รอบ ที่ ๑ ให้ประเมินตนเอง(รอบ ๓ เดือน)

๒. รอบที่ ๒ สุ่มประเมินโดยทีมประเมินบูรณาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	
		-	-	-	-	๒๔ แห่ง	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ๑.นางสาวเสาวลักษณ์ ขันทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๓๘ ๙๓๒๔๕๘ โทร ๐๘๙ ๖๐๐๐๐๘๑						

หมวด	**Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**	
โครงการที่	**โครงการยกระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล**	
ระดับการวัดผล	**๘ วิชาชีพที่ให้บริการโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**	
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	**(๒๒.) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล ๘ วิชาชีพ**	
กลุ่มเป้าหมาย	**โรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**	
เกณฑ์ชี้วัด	**ระดับความสำเร็จของคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล(มาตรฐาน ๘ วิชาชีพ)**	
คำนิยาม	คุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาลหมายถึง การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามองค์ประกอบของเกณฑ์คุณภาพ ในด้านต่างๆ รวม ๘ วิชาชีพดังนี้ ๑ ด้านเวชกรรม ๒ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ๓ ด้านบริการทันตกรรม ๔ ด้านบริการเภสัชกรรม ๕ ด้านบริการทางรังสีวิทยา ๖ ด้านบริการเทคนิคการแพทย์ ๗ ด้านบริการกายภาพบำบัด ๘ ด้านการแพทย์แผนไทย	
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.ชลบุรี A คิดเป็น ร้อยละ ๓๕ รพ.ระดับ S คิดเป็น ร้อยละ ๓๐ รพ.ระดับ M๒ คิดเป็น ร้อยละ ๒๕ รพ.ระดับ F คิดเป็น ร้อยละ ๒๐ **หมายเหตุ คิดสัดส่วนจากคะแนนการประเมินตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ**	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชนในจังหวัดชลบุรี/รพ.นอกสังกัด	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากผลการตรวจเยี่ยม	
แหล่งข้อมูล	แบบการประเมินตนเอง และผลการตรวจประเมินของโรงพยาบาล	
รายการข้อมูล	จากคะแนนการตรวจโดยคณะกรรมการประเมิน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	มาตรฐานคุณภาพบริการในโรงพยาบาล(รายแห่ง)	ร้อยละ
	๑ ด้านเวชกรรม	๒๐
	๒ ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์	๒๐
	๓ ด้านบริการทันตกรรม	๑๐
	๔ ด้านบริการเภสัชกรรม	๑๕
	๕ ด้านบริการทางรังสีวิทยา	๑๐
	๖ ด้านบริการเทคนิคการแพทย์	๑๕
	๗ ด้านบริการกายภาพบำบัด	๕
	๘ ด้านการแพทย์แผนไทย	๕
ระยะเวลาประเมินผล	ทีมคณะกรรมการปีละ ๑ ครั้ง	
เอกสาร/คู่มือสนับสนุน :	มาตรฐานระบบบริการ/เอกสารคู่มือการตรวจประเมิน	

เกณฑ์การให้คะแนน	
ระดับคะแนน	**การให้คะแนน**
๑	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ที่ค่าคะแนนมาตรฐานรวม น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๒	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ที่ค่าคะแนนมาตรฐานรวม ร้อยละ ๗๑-๘๐ แต่ยังมีหมวดที่ค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ ๗๐
๓	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ที่ค่าคะแนนมาตรฐานรวม ร้อยละ ๗๑-๘๐ (มากกว่า ๗๐ ขึ้นไปทุกหมวด)
๔	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ที่ค่าคะแนนมาตรฐานรวมร้อยละ ๘๑-๙๐ และมีการนำเสนอผลงานเด่น / นวัตกรรม/ R๒R ของวิชาชีพ อย่างน้อยแห่งละ ๑ เรื่อง
๕	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ที่ค่าคะแนนมาตรฐานรวมมากกว่าร้อยละ ๙๐ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานในรายหมวดวิชาชีพครบทั้ง ๘ หมวด และมีการนำเสนอผลงานเด่น/ นวัตกรรม/R๒R ของวิชาชีพ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. ชื่อ สกุล นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ โทรศัพท์: ๐๓๘ ๙๓๒๔๕๘ Email: qspchon@gmail.com ๒. ชื่อ สกุล นส.เสาวลักษณ์ ขันทอง โทรศัพท์: ๐๘๙-๖๐๐๐๐๘๑ Email: smilarn@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ สกุล นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ โทรศัพท์: ๐๓๘ ๙๓๒๔๕๘ Email: qspchon@gmail.com ๒. ชื่อ สกุล นส.เสาวลักษณ์ ขันทอง โทรศัพท์: ๐๘๙-๖๐๐๐๐๘๑ โทรสาร ๐๓๘ ๒๗๔๙๓๒ Email: smilarn@gmail.com

หมวด	**People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข**
ลักษณะ	**ประสิทธิผลและคุณภาพงาน**
ระดับการแสดงผล	**รพ./สสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**๒๓. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้** หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ปี ๒๕๖๐ มาใช้ โดยแบ่งเป็น ๕ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ มีคณะทำงานสร้างสุขในหน่วยงานร่วมวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้สำรวจในปี ๒๕๖๐ และกำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขในหน่วยงานตนเอง ขั้นตอนที่ ๒ มีแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและกิจกรรมขับเคลื่อนค่านิยม MOPH อย่างน้อย ๓ กิจกรรม และมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนผู้บริหารหน่วยงานลงนาม ขั้นตอนที่ ๓ มีการดำเนินการแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน และมีแบบวัดความสุขของคนทำงานของหน่วยงานตนเอง ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาความสุขของหน่วยงาน หรือ ใช้ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงานส่วนกลาง ขั้นตอนที่ ๔ มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ของบุคลากรในสังกัด นำเสนอความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและกิจกรรมขับเคลื่อนค่านิยม MOPH ต่อผู้บริหารหน่วยงาน ขั้นตอนที่ ๕ มีบุคลากรต้นแบบที่เกิดจากแผนพัฒนาความสุขผ่านการคัดเลือกของคณะทำงานนักสร้างสุขในหน่วยงาน มีแผนปรับปรุงและการขยายผลการดำเนินงาน
เกณฑ์เป้าหมาย :	ระดับที่ ๔
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทางานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สำรวจ โดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based ๒. รายงานของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	๑. Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข ๒. รายงานของหน่วยบริการ
รายการข้อมูล ๑	๑. คำสั่งคณะทำงานนักสร้างสุขในองค์กร ๒. แผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและกิจกรรมขับเคลื่อนค่านิยม MOPH
รายการข้อมูล ๒	๑. ผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ของบุคลากรในสังกัด ๒. ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและกิจกรรมขับเคลื่อนค่านิยม MOPH

<table>
<tr><td>กำหนดการรายงานข้อมูล</td><td colspan="5"><table>
<tr><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr>
<tr><td>ขั้นตอนที่ ๑-๒</td><td>ขั้นตอนที่ ๓-๔</td><td>ขั้นตอนที่ ๕</td><td>รายงานผลการดำเนินงาน</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน :</td><td colspan="5"><table>
<tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th></tr>
<tr><th>ขั้นตอนที่ ๑</th><th>ขั้นตอนที่ ๒</th><th>ขั้นตอนที่ ๓</th><th>ขั้นตอนที่ ๔</th><th>ขั้นตอนที่ ๕</th></tr>
<tr><td>๑</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๒</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>๔</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td></tr>
<tr><td>๕</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td colspan="5">-</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td colspan="5"><table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th><th>๒๕๖๐</th></tr>
<tr><td>ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้</td><td>ระดับ</td><td>-</td><td>-</td><td>๓</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td colspan="5"><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u>
๑. นางจันทณา วังคะออม หัวหน้ากลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๘๑๔๐๕๖
โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕
E-mail : hrdchonburi@gmail.com
กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล
<u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u>
1. นายนพดล บุญเปล่ง นักทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-932467 โทรศัพท์มือถือ : 086-4651152
โทรสาร : 038-276635 E-mail : hrdchonburi@gmail.com
2. นางสาวสุธาศินี ธนสงวนวงศ์ นักทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-932467 โทรศัพท์มือถือ : 081-5700040
โทรสาร : 038-276635 E-mail : hrdchonburi@gmail.com
<u>ผู้รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด</u>
<u>โซนเมือง</u> 1. นางสาวฤทัยรัตน์ นนท์ไพรวัลย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-932467 โทรศัพท์มือถือ : 085-6960888
โทรสาร : 038-276635 E-mail : hrdchonburi@gmail.com</td></tr>
</table>

	โซนภูเขา 2. นางสาวธิฆัมพร อุ้มบุญ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-932467 โทรศัพท์มือถือ : 080-3349915 โทรสาร : 038-276635 E-mail : hrdchonburi@gmail.com โซนทะเล 3. นางสาวขนิษฐา ม่วงวงษ์ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038-932467 โทรศัพท์มือถือ : 088-2755799 โทรสาร : 038-276635 E-mail : hrdchonburi@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

<table>
<tr><td>หมวด</td><td>People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)</td></tr>
<tr><td>แผนที่</td><td>๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข</td></tr>
<tr><td>ลักษณะ</td><td>เชิงปริมาณ</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล</td><td>รพ. สสอ. รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>๒๔. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) มากกว่าร้อยละ ๘๕</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>๑. <u>บุคลากรสาธารณสุข</u> หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. สสอ. รพ.สต. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/ จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
๒. <u>อัตราการคงอยู่ของบคลากรสาธารณสุข (Retention rate) มากกว่าร้อยละ ๘๕</u> หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด ๕ ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันแรกที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๘๕ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร ๕ ประเภทการจ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม)
๓. การลาออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS
๔. การถูกให้ออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิดจากระบบฐานข้อมูล HROPS
๕. การโอน หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย :</td><td>มากกว่าร้อยละ ๘๕</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>๑. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
๒. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๘</th><th>๒๕๕๙</th><th>๒๕๖๐</th></tr>
<tr><td>อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สป.สธ.
๒. แบบสำรวจ Exit Interview</td></tr>
</table>

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔
วิธีการประเมนผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเด็นนิเทศงานและการรายงานข้อมูล

รพ. และ สสอ.			
รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
๑.จัดโครงสร้างองค์กรตำแหน่ง/ ๒. มีการจัดทำ Model การจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ๓. มีคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล	๑. มีกิจกรรมส่งเสริมการรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร เช่น HR Clinic เพื่อเปลี่ยนทัศนคติบุคลากร ให้ “รัก” และ “ผูกพัน” องค์กร ๒. มีระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการสูญเสียที่มีประสิทธิภาพและสำรวจ Exit Interview ๓. รายงานผลการคงอยู่ของบุคลากร	๑. รายงานผลกิจกรรมส่งเสริมการรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร ๒. สสจ.ชลบุรีสะท้อนผลการคงอยู่ของบุคลากรให้หน่วยงานในสังกัด	๑. รายงานผลกิจกรรมส่งเสริมการรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร ๒. รายงานผลสำรวจ Exit Interview

	รพ.สต.			
	รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
	๑.จัดโครงสร้างองค์กรตำแหน่ง/ ๒. กำหนดแนวทางหรือวิธีการดำเนินการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากร เริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการพัฒนาคุณภาพบริการ	๑. มีกิจกรรมส่งเสริมการรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร ๒. ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการร่วมกันในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP) หรือ บางระบบของการพัฒนาคุณภาพบริการ	๑. สร้างความพึงพอใจและความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จาเป็นอย่างเป็นระบบ มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบท และความจาเป็นของพื้นที่เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการพัฒนาคุณภาพบริการ	๑. มีการเรียนรู้ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาสร้างความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุงการจัดการทรัพยากร พัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ๒. สร้างวัฒนธรรมให้บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการจัดการทรัพยากรร่วมกัน และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)และการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างยั่งยืน
เอกสารสนับสนุน :	-			

เกณฑ์การประเมิน :	**ระดับคะแนน**	**รพ. / สสอ.**
	๕	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ร้อยละ ๙๕.๐๐ ขึ้นไป
	๔	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๔.๙๙
	๓	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ร้อยละ ๘๕.๐๐ - ๘๙.๙๙
	๒	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๘๔.๙๙
	๑	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) น้อยกว่า ๗๔.๙๙
	ระดับคะแนน	**แนวทางการดำเนินงาน ของ รพ.สต.**
	๑	เริ่มมีแนวทางหรือวิธีการดำเนินการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากร เริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการพัฒนาคุณภาพบริการ
	๒	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP) หรือ บางระบบของการพัฒนาคุณภาพบริการ
	๓	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา สร้างความพึงพอใจและความผูกพัน(engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จาเป็นอย่างเป็นระบบ มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบท และความจาเป็นของพื้นที่เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการพัฒนาคุณภาพบริการ
	๔	มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาสร้างความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากร ให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุงการจัดการทรัพยากร พัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
	๕	สร้างวัฒนธรรมให้บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการจัดการทรัพยากรร่วมกัน และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)และการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างยั่งยืน

ผู้ให้ข้อมลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ๑. นางจันทณา วังคะออม หัวหน้ากลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๘๑๔๐๕๖ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com
ผู้ให้ข้อมลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	**กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี** ผู้ประสานงานตัวชี้วัด ๑. นายวิทิตย์ ใจสืบ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔-๗๓๘๗๙๑๓ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com ๒. นางสาวฤทัยรัตน์ นนท์ไพรวัลย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๖๙๖๐๘๘๘ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com ๓. นางสาวสุธาศินี ธนสงวนวงศ์ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๕๗๐๐๐๔๐ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com

ผู้ให้ข้อมลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด โซนเมือง ๑. นางสาวฤทัยรัตน์ นนท์ไพรวัลย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๖๙๖๐๘๘๘ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com โซนภูเขา ๒. นางสาวธิฆัมพร อุ้มบุญ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๐-๓๓๔๙๙๑๕ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com โซนทะเล ๓. นางสาวขนิษฐา ม่วงวงษ์ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๒๗๕๕๗๙๙ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
: กลยุทธ์ที่ ๙ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด : ๒๕. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ (/) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.

<table>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย
๑. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (๑) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (๒) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (๓) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน
๒. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (๑) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (๒) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (๓) ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (๔) บำรุงรักษาจิตใจ
อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง
กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>๑. คัดเลือกและพัฒนา อสค. จำนวน ๑๒,๐๐๐ คน
๒. มีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๖๐
ระดับการให้คะแนน
<table>
<tr><td>๑</td><td>๒</td><td>๓</td><td>๔</td><td>๕</td></tr>
<tr><td><ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๕๐-๕๙</td><td>ร้อยละ ๖๐-๖๙</td><td>ร้อยละ ๗๐-๗๙</td><td>>ร้อยละ ๘๐</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>๑. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน
๒. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ
๓. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด
๔. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>- ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ ๓ (๑๐๐%) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
</table>

	- ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามสัดส่วนประชากร ๖๐ ปีขึ้นไปสิทธิ UC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก ๔๓ แฟ้มของแต่ละจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การขึ้นทะเบียน อสค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาและขึ้นทะเบียน อสค. ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว ๒. การประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. ๑) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ตามความสมัครใจของแต่ละหน่วยงาน โดย อสค. แต่ละคนดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร ๒) ผู้รับผิดชอบงานระดับ อำเภอ จังหวัด สุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัวลงในเว็บไซต์ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว **หมายเหตุ :** ช่องทางในการลงทะเบียน อสค. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. คือ ๑) ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th ๒) ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net
แหล่งข้อมูล	๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด ๒. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด $= \frac{\text{รายการข้อมูล A X ๑๐๐}}{\text{รายการข้อมูล B}}$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :
ปี ๒๕๖๑ :

	รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
จำนวน (คน)	-	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย ๑๒,๐๐๐ คน	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมายเพิ่มอีก	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ ๖๐

วิธีการประเมินผล :

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ด้วยวิธีการ ดังนี้

๑. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. หลังจากที่ อสค. ได้ประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

๒. การสุ่มประเมิน ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่ระดับล่างสุดขึ้นไป โดยสามารถบันทึกผลการประเมินในระบบฐานข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th หรือ www.thaiphc.net

ค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ บทบาท อสค. (๖๐) : การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว (๔๐)

ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน

บทบาท อสค.	**ค่าน้ำหนัก**	**การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว**	**ค่าน้ำหนัก**
๑. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	๒๐	๑. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	๑๐
๒. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒๐	๒. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลาและพาไปพบแพทย์ตามนัด	๑๐
๓. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	๒๐	๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	๑๐
		๔. บำรุงรักษาจิตใจ	๑๐
รวม	**๖๐**	**รวม**	**๔๐**
คะแนนรวมทั้งหมดต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด			

เอกสารสนับสนุน :

๑. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)
๒. หลักสูตร อสค.
๓. คู่มือ อสค.
๔. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว
๕. เว็บไซต์สำหรับขึ้นทะเบียน อสค. พิมพ์ประกาศนียบัตร และรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ๑) http://fv.phc.hss.moph.go.th ๒) www.thaiphc.net

<table>
<tr><td></td><td>๖. www.อสค.com เว็บไซต์ฐานข้อมูล อสค. ด้านความรู้ ข่าวสาร และการประเมิน
หมายเหตุ : ๑. เอกสารข้อ ๓. คู่มือ อสค. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค.
๒. สามารถดาวน์โหลดเอกสารทั้งหมดได้ที่เว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th หรือ เว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="2">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>๒๕๕๙</th><th>๒๕๖๐</th></tr>
<tr><td>๑. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td><td>คน</td><td>๔๖๐</td><td>๘,๐๖๖</td></tr>
<tr><td>๒. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td></td></tr>
</table>
ข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐
จากเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
๑.นส.เสาวลักษณ์ ขันทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒.นส.จิรพรรณ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๓๘ ๙๓๒๔๕๘
โทรสาร ๐๓๘ ๒๗๔๙๓๒
อีเมล qspchon@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</td><td>กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โทร ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๕
อีเมล์ phc.division@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางสุภัทรา ชลพนารักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๓๘ ๙๓๒๔๕๘
โทรสาร ๐๓๘ ๒๗๔๙๓๒
อีเมล qspchon@gmail.com</td></tr>
</table>

ประเด็นยุทธศาสตร์ :.... ๔. Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล).....
ชื่อแผนงาน :.....๑๒. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ .....
ชื่อโครงการ : .....๔๐. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS).....
ชื่อตัวชี้วัด : .....**๒๖. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล**.....
ลักษณะตัวชี้วัด : (/) เชิงปริมาณ ( ) เชิงคุณภาพ
ระดับการวัด : (/) สสอ. (/) รพ. (/) รพ.สต.
คำนิยาม :
คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ **หมายถึง** คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

๑. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค ในผู้ป่วยนอก สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕
๒. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค ในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สำหรับโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕
๓. จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ				
๑. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน OPD	ร้อยละ	-	-	๒๔.๒๔
๒. คุณภาพข้อมูลการให้รหัสโรค OPD	ร้อยละ	-	-	๒๙.๕๔
๓. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน IPD	ร้อยละ	-	-	๕๘.๓๓
๔. คุณภาพข้อมูลการให้รหัสโรค IPD	ร้อยละ	-	-	๙๑.๖๖

เกณฑ์เป้าหมาย : (จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์)

เกณฑ์เป้าหมาย เชิงปริมาณ	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการให้รหัสโรค	ไม่น้อยกว่า ๕๐ %	ไม่น้อยกว่า ๖๕ %	ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	ไม่น้อยกว่า ๘๐ %

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์)

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรคไม่น้อยกว่า ๕๐ %	< ๔๐ %	>= ๔๐ %	>= ๔๕ %	>= ๕๐ %	>=๖๕ %

วัตถุประสงค์ : ๑. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๒. เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ในโรงพยาบาล
๓. เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๑๘ แห่ง

๒. โรงพยาบาลของรัฐภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๒ แห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐาน

๒. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนและการให้รหัสโรคของผู้ป่วยนอก/ใน

แหล่งข้อมูล : หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รายงานในรูปแบบเอกสารอิเลคทรอนิกส์ (File : Excel)

รายการข้อมูล :

วัดผล : โรงพยาบาลของรัฐภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

รายการข้อมูล ๑	D= ผลการตรวจคุณภาพเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) คะแนนที่ได้ (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๒	E= คะแนนเต็มสำหรับคุณภาพเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๓	F= ผลการตรวจคุณภาพการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) คะแนนที่ได้ (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๔	G= คะแนนเต็มสำหรับคุณภาพการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๕	H= ผลการตรวจคุณภาพเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยใน (IPD) คะแนนที่ได้ (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๖	I= คะแนนเต็มสำหรับคุณภาพเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยใน (IPD) (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๗	J= ผลการตรวจคุณภาพการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยใน (IPD) คะแนนที่ได้ (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๘	K= คะแนนเต็มสำหรับคุณภาพการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยใน (IPD) (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) L : (D/E) x ๑๐๐ ๒. คุณภาพข้อมูลการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) M : (F/G) x ๑๐๐ ๓. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยใน (IPD) N : (H/I) x ๑๐๐ ๔. คุณภาพข้อมูลการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยใน (IPD) O : (J/K) x ๑๐๐ ๕. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย : (L+M+N+O)/๔ ๖. การให้น้ำหนักคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย - คะแนนจากคณะกรรมการระดับอำเภอฯ (Internal Audit) จะให้น้ำหนัก ๔๐ % - คะแนนจากคณะกรรมการระดับจังหวัดฯ (External Audit) จะให้น้ำหนัก ๖๐ %

เกณฑ์การให้คะแนน :

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และ การให้รหัสโรค เฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	< ๖๕ %	>= ๖๕ %	>= ๗๕ %	>= ๘๕ %	>=๙๕ %

ระยะเวลาประเมินผล : ประเมินผลทุกไตรมาส

(สำหรับไตรมาสที่ ๔ ส่งผลการ Audit ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑)

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	ไม่น้อยกว่า ๗๕ %

วัดผล : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

รายการข้อมูล ๑	P= ผลการตรวจคุณภาพเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) คะแนนที่ได้ (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๒	Q= คะแนนเต็มสำหรับคุณภาพเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๓	R= ผลการตรวจคุณภาพการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) คะแนนที่ได้ (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
รายการข้อมูล ๔	S= คะแนนเต็มสำหรับคุณภาพการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) (คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) T : (P/Q) x ๑๐๐ ๒. คุณภาพข้อมูลการให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) U : (R/S) x ๑๐๐ ๓. คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย : (T+U)/๒ ๔. การให้น้ำหนักคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย - คะแนนจากคณะกรรมการระดับอำเภอฯ (Internal Audit) จะให้น้ำหนัก ๔๐ % - คะแนนจากคณะกรรมการระดับจังหวัดฯ (External Audit) จะให้น้ำหนัก ๖๐ %

เกณฑ์การให้คะแนน :

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และ การให้รหัสโรค เฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	< ๖๕ %	>= ๖๕ %	>= ๗๕ %	>= ๘๕ %	>=๙๕ %

ระยะเวลาประเมินผล : ประเมินผลทุกไตรมาส

(สำหรับไตรมาสที่ ๔ ส่งผลการ Audit ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑)

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	ไม่น้อยกว่า ๗๕ %	ไม่น้อยกว่า ๗๕ %

วัดผล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์)

รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่**ผ่านเกณฑ์**คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๗๕ %
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ภายในอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย : (A/B) x ๑๐๐

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์)

เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน และการให้รหัสโรค เฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๕๐ %	< ๔๐ %	>= ๔๐ %	>= ๔๕ %	>= ๕๐ %	>=๖๕ %

ระยะเวลาประเมินผล : ประเมินผลทุกไตรมาส
(สำหรับไตรมาสที่ ๔ ส่งผลการ Audit ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑)

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จ Quick win เชิงปริมาณ (ถ้ามี)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ไม่น้อยกว่า ๕๐ %	ไม่น้อยกว่า ๕๐ %	ไม่น้อยกว่า ๕๐ %	ไม่น้อยกว่า ๕๐ %

วิธีการประเมินผล	ข้อมูลบริการสุขภาพ : ๑. ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค ตามคู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน และการให้รหัสโรค พ.ศ. ๒๕๖๑ ๒. ประเมินผลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
เอกสารสนับสนุน	คู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนและการให้รหัส พ.ศ. ๒๕๖๑ (http://thcc.or.th/ebook.html)
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. ชื่อ สกุล : นายธนาเศรษฐ์ วัฒนพงศ์สถิต ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงาน : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.ชลบุรี โทรศัพท์ : Office ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๙๑ , Mobile ๐๘ ๖๑๔๒ ๓๙๐๓ E-mail : itchonburi@hotmail.com ๒. ชื่อ สกุล : นายนวพล บุญทวี ตำแหน่ง : นักวิชาการคอมพิวเตอร์ กลุ่มงาน : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.ชลบุรี โทรศัพท์ : Office ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๙๑ , Mobile ๐๘ ๖๑๙๓ ๕๒๐๙ E-mail : itchonburi@hotmail.com

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	๑. ชื่อ สกุล : นางรุ่งทิวา พานิชสุโข ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ : ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๖๐ ๒. ชื่อ สกุล : นายรัก ธนะไพบูลย์ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.ชลบุรี โทรศัพท์ : ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๙๑

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : การบริการจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
กลยุทธที่ ๑๐ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๒๗ : ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง
หน่วยวัด : ระดับ และ ร้อยละ

คำอธิบาย : ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของโรงพยาบาล ในการบริหารการเงินการคลังจนไม่ประสบปัญหาทางการเงิน โดยกำหนดให้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงิน ๗ ระดับ มีการติดตามประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและ ต้นทุนบริการ
เป้าหมาย : โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ให้คะแนน ๔ คะแนน	
	น้ำหนัก	คะแนน
๑.สถานการณ์ด้านการเงิน ๗ ระดับ	๔๐	
๒.ร้อยละของผลต่างของแผน planfin	๔๐	
๓.ต้นทุนบริการไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน	๒๐	
รวมทั้งสิ้น	๑๐๐	

๑. <u>การวิเคราะห์จากการคำนวณภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง ๗ ระดับ</u>

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)
๑.กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์	
๑.๑ CR < ๑.๕	๑
๑.๒ QR < ๑	๑
๑.๓ Cash < ๐.๘	๑
๒.กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน	
๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < ๐	๑
๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ(รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < ๐	๑
๓.กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี ๒ มิติ	
๓.๑ มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก&มี NI ติดลบ)	
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > ๖ เดือน	๐
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = ๓ เดือน	๒

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)
๓.๒ มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอรับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณีNWC ติดลบ & มีNI เป็นบวก)	
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๖ เดือน	๒
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = ๓ เดือน	๐
๓.๓ กรณี NWC เป็นบวก & มีNI เป็นบวก	๐
๓.๔ กรณีNWC เป็นลบ & มีNI เป็นลบ	๒

แหล่งข้อมูล	www.hfo๖๑.cfo.in.th
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ , ๒ , ๓ และ ๔

ตัวชี้วัด	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คะแนน					
สถานการณ์ด้านการเงิน ๗ ระดับ	ระดับ ๕ , ๖ , ๗	ระดับ ๔	ระดับ ๓	ระดับ ๒	ระดับ ปกติ , ๑

๒. **<u>ร้อยละของผลต่างของแผน planfin</u>**

<u>ร้อยละของผลต่าง ของรายได้</u>

แหล่งข้อมูล	www.hfo๖๑.cfo.in.th
รายการข้อมูล ๑	A=ข้อมูล รายได้ ของหน่วยบริการ ตามระยะเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B=ข้อมูล รายได้ ของหน่วยบริการ ตาม Planfin ที่ตั้งไว้
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A - B) * ๑๐๐ / B
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ , ๒ , ๓ และ ๔

ตัวชี้วัด	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คะแนน					
๒.๑ ร้อยละของรายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผน	มากกว่าร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๑๕.๐๑ – ๒๐.๐๐	ร้อยละ ๑๐.๐๑ - ๑๕.๐๐	ร้อยละ ๕.๐๑ – ๑๐.๐๐	ร้อยละ ๐.๐๐ - ๕.๐๐

ร้อยละของผลต่าง ของค่าใช้จ่าย

แหล่งข้อมูล	www.hfo๖๑.cfo.in.th
รายการข้อมูล ๑	A=ข้อมูล ค่าใช้จ่าย ของหน่วยบริการ ตามระยะเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B=ข้อมูล ค่าใช้จ่าย ของหน่วยบริการ ตาม Planfin ที่ตั้งไว้
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A - B) * ๑๐๐ / B
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ , ๒ , ๓ และ ๔

ตัวชี้วัด	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คะแนน					
๒.๒ ร้อยละของค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผน	มากกว่าร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๑๕.๐๑ – ๒๐.๐๐	ร้อยละ ๑๐.๐๑ - ๑๕.๐๐	ร้อยละ ๕.๐๑ – ๑๐.๐๐	ร้อยละ ๐.๐๐ - ๕.๐๐

๓. **ต้นทุนบริการไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน**

ต้นทุน OPD

แหล่งข้อมูล	www.hfo๖๑.cfo.in.th
รายการข้อมูล ๑	A=ต้นทุน OPD ของหน่วยบริการ
รายการข้อมูล ๒	B=ต้นทุน OPD เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน ระดับประเทศ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A ≤ B (ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ย) / A > B (เกินเกณฑ์เฉลี่ย)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ , ๒ , ๓ และ ๔

ต้นทุน IPD

แหล่งข้อมูล	www.hfo๖๑.cfo.in.th
รายการข้อมูล ๑	A=ต้นทุน IPD ของหน่วยบริการ
รายการข้อมูล ๒	B=ต้นทุน IPD เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน ระดับประเทศ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A ≤ B (ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ย) / A > B (เกินเกณฑ์เฉลี่ย)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ , ๒ , ๓ และ ๔

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน	
	ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ย	เกินเกณฑ์เฉลี่ย
ต้นทุน OPD ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน	เต็ม	๐
ต้นทุน IPD ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน	เต็ม	๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริวรรณ มุลิ เบอร์ติดต่อ ๐๓๘ ๙๓๒๔๘๗
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายณัทณพงศ์ พีรภัคพงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๓๘ ๙๓๒๔๘๗
E-mail P.natnapong@gmail.com

หมวด	**Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๔. การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์**
ลักษณะ	**เชิงปริมาณ /เชิงคุณภาพ**
ระดับการแสดงผล	**รพ. สสอ. รพ.สต.**
ชื่อตัวชี้วัด	**๒๘. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์**
คำนิยาม	**ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ หมายถึง** องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปฏิทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นวิชา (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation) การพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง)Continuous Quality Improvement) **ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง** การนำผลลัพธ์องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา เผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำ ไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ อีกทั้งชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้
เกณฑ์เป้าหมาย :	รพ. ร้อยละ ๘๕ สสอ./รพ.สต. ระดับคะแนน ๔
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์
กลุ่มเป้าหมาย	ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพหน่วยงานในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.การแจงนับผลงานวิจัย/R๒R/CQI/นวัตกรรม ด้านสุขภาพ /ผลงานขอตำแหน่งทางวิชาการ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ ของ รพ. โดยส่งไฟล์ Article ๓-๑๕ หน้า และการวิเคราะห์ผลงาน (ตามแบบรายงาน) ๒. สสอ. รพ.สต. เก็บข้อมูลตามแบบที่กำหนด ๒. รายงานการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง และ การนิเทศติดตามประเมินผล
แหล่งข้อมูล	รพ. / สสอ. / รพ.สต.
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพหน่วยงานในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ ๒๕๖๑
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	**รายไตรมาส**

<table>
<tr><td rowspan="2">กำหนดการรายงาน
เกณฑ์การประเมิน :</td><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr>
<tr><td>๑. ส่งไฟล์ Article ๓-๑๕ หน้า และการวิเคราะห์ผลงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรม/CQI ปี ๒๕๖๐
๒. เสนอเค้าโครงวิจัยอย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ เรื่องที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่และหน่วยงาน</td><td>๑. รายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ในชุมชนหรือองค์กรตนเอง หรือการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง
๒. มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน และ มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ COI,R๒R นวัตกรรม ฯลฯ
๓. รายงานความก้าวหน้าผลงานวิจัยปี ๒๕๖๑</td><td>๑. ส่งไฟล์ Article ๓-๑๕ หน้า และการวิเคราะห์ผลงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรม/CQI ปี ๒๕๖๑</td><td>๑. รายงานผลการนำไปใช้ประโยชน์ในชุมชนหรือองค์กรตนเอง
๒. รายงานการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td colspan="4">โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R๒R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า ๑ ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว
ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ มีดังนี้
๑. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจราจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย
๒. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ
๓. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้
๔. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซด์ฯ
หมายเหตุ :
การประเมิน รพ.สต. ใช้เกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว หมวด ๕ ผลลัพธ์ ข้อ ๕.๓ นวัตกรรมงานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ โดยลงประเมินพร้อมกับทีม รพ.สต.ติดดาว ตามเป้าหมายของกลุ่มงานคุณภาพฯ</td></tr>
</table>

เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	-	-	๖๑.๐๔

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาล
๑	น้อยกว่า ๗๔.๙๙ ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
๒	ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๘๔.๙๙ ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
๓	ร้อยละ ๘๕.๐๐ - ๘๙.๙๙ ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
๔	ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๔.๙๙ ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
๕	ร้อยละ ๙๕.๐๐ ขึ้นไป ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
๑	มีการวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญ เพื่อกำหนด งานวิจัยและนวัตกรรม ของหน่วยงาน
๒	มีเค้าโครงงานวิจัย
๓	มีการเก็บข้อมูล และ นำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ
๔	มีผลลัพธ์ของงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI
๕	มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ มีผลลัพธ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถนาไปใช้ และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้กับ สสอ. อื่นๆ

	ระดับคะแนน	**เกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**
	๑	มีการจัดการองค์ความรู้แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP)
	๒	มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) แต่ไม่มีผลลัพธ์
	๓	มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) มีผลลัพธ์
	๔	มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) มีผลลัพธ์ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แต่ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนาไปใช้ดูแลตนเองได้
	๕	มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) มีผลลัพธ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ชุมชน ผู้รับบริการสามารถนาไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้
เอกสารสนับสนุน :	๑. เว็ปไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R๒R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขแล้ว ๒. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ ๓. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี	

ผู้ให้ข้อมลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u> ๑. นางจันทณา วังคะออม หัวหน้ากลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๘๑๔๐๕๖ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี <u>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</u>
	๑. นายวิทิตย์ ใจสืบ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔-๗๓๘๗๙๑๓ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com ๒. นายนพดล บุญเปล่ง นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๔๖๕๑๑๕๒ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com ๓. นางสาวสุธาศินี ธนสงวนวงศ์ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๕๗๐๐๐๔๐ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com

	ผู้รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด โซนเมือง ๑. นางสาวภัคค์ศรัณ ร่วมวงษ์ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๙๙๖๖๕๐๔ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com โซนภูเขา ๒. นางสาวขนิษฐา ม่วงวงษ์ นักทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๒๗๕๕๗๙๙ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com โซนทะเล ๓. นางสาวยุวดี ผิวอ่อนดี เจ้าพนักงานธุรการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘-๙๓๒๔๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔๕๕๑๐๔๗๗ โทรสาร : ๐๓๘-๒๗๖๖๓๕ E-mail : hrdchonburi@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

แบบรายงานผลการวิเคราะห์ผลงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรม/CQI จังหวัดชลบุรี

ชื่อหน่วยงาน.....

แบบรายงาน	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4

ที่	ชื่อเรื่อง	ประเภทผลงาน				ความสอดคล้องแผนยุทธศาสตร์				ชื่อผู้วิจัย	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน	ประเด็นที่ศึกษา	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	พื้นที่ศึกษา	รูปแบบ/การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง/วิธีการรวบรวมข้อมูล	แหล่งเผยแพร่ / ปี พ.ศ.		การนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร				
		วิจัย	นวัตกรรม	CQI	ผลงานวิชาการเชิงประยุกต์	P&P	Service	People	Governance								วารสาร (ระบุ)	เวทีวิชาการ (ระบุ)	เศรษฐกิจและพานิชย์	วิชาการ	นโยบาย	พัฒนาสังคมและชุมชน	ประชาชนนำไปดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน

ภาคผนวก ๑

(ร่าง)
แผนยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแผนพัฒนาบุคลากร
จังหวัดชลบุรี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ส่วนที่ ๑
สถานการณ์ด้านบุคลากรสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีนโยบายขับเคลื่อนการบริหารจัดการด้านบุคลากร ตามยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับ Service Plan และการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)Primary Care Cluster : PCC) ให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ จนสามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวให้มีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

สถานการณ์ สำนักงานสาธารณสุขชลบุรี ในปี ๒๕๖ อัตรากำลังของบุคลากรจังหวัดชลบุรี มีจำนวนทั้งสิ้น ๖,๗๓๕ คน ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔๑ รองลงมาพนักงานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๒๔ ลูกจ้างชั่วคราวคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๘๔ ลูกจ้างประจำ คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๘ และพนักงานราชการ คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๒ ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนบุคลากรสาธารณสุขและอัตราการสูญเสียบุคลากรสังกัดนักงานสาธารสุขจังหวัดชลบุรี

หน่วยงาน	จำนวนบุคลากร						เหตุการสูญเสียบุคลากร					อัตราสูญเสีย
	ขรก.	พรก.	พกส.	ลจป.	ลจช.	รวม	ย้ายเข้า	ย้ายออก	ลาออก	เกษียณอายุ	รวม	
สสจ.	๙๓	๒๐	๑	๑๓	๒๘	๑๕๕	๗	๖	๒	๓	๔	๒.๕๘
รพศ./รพท.	๑,๔๕๙	๖๙	๑,๐๙๖	๑๘๑	๖๘๖	๓,๔๙๑	๒๕	๑๗	๐	๓๔	๒๖	๐.๗๔
รพช.	๑,๐๘๓	๒๐	๗๘๑	๑๒๘	๓๑๒	๒,๓๒๔	๗๔	๗๔	๑๒	๕	๑๗	๐.๗๓
สสอ.	๔๙๑	๗	๑๕๙	๐	๑๐๘	๗๖๕	๑๐	๑๓	๓	๑	๗	๐.๙๒
รวม	๓,๑๒๖	๑๑๖	๒,๐๓๗	๓๒๒	๑,๑๓๔	๖,๗๓๕	๑๑๖	๑๑๐	๑๗	๔๓	๕๔	๐.๘๐
ร้อยละ	๔๖.๔๑	๑.๗๒	๓๐.๒๔	๔.๗๘	๑๖.๘๔		๓.๗๑	๓.๕๒	๐.๕๔	๑.๓๘		

จากสถานการณ์ปริมาณอัตรากำลังที่มีอยู่และวิเคราะห์ถึงอัตราการสูญเสียของบุคลากรในภาพรวมอีก ๕ ปีข้างหน้า บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีจะมีการสูญเสียคิดเป็นร้อยละ ๐.๘๐ ซึ่งจำแนกเหตุผลการสูญเสีย จะพบว่า บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีใน ๓ ปีที่ผ่านมา มีการย้ายออก ร้อยละ ๓.๕๒ ลาออก ร้อยละ ๐.๕๔ ซึ่งพบว่า เหตุผลที่ลาออกมากที่สุด คือ เพื่อประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ ๓๒.๑๒ รองลงมาเพื่อลาศึกษาต่อ ร้อยละ ๓๐.๓๐ และ เนื่องจากต้องดูแลบิดามารดา ร้อยละ ๘.๕๙ เมื่อพิจารณาอนาคต ๕ ปีข้างหน้า จะพบว่า มีเกษียณอายุราชการร้อยละ ๑.๓๘

ในปี ๒๕๖๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้เร่งรัดให้ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลด้านบุคลากรดำเนินงานจัดการระบบฐานข้อมูลบุคลากรให้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการบริหารจัดการด้านอัตรากำลังบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการของจังหวัดในทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการกระจายอัตรากำลังให้เพียงพอ ตามกรอบอัตรากำลังบุคลากรไม่ต่ำกว่า ๘๐% ของแผนกำลังคน รวมถึงนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในการดำเนินงานกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ) Primary Care Cluster : PCC) ในการวางกรอบอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้สามารถให้บริการประชาชนได้ใกล้บ้านใกล้ใจ นอกจากนี้ได้ประสานกับเขตสุขภาพที่ ๖ เพื่อร่วมจัดทำแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากร รวมทั้งหาแนวทางในการดูแลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดทำงานได้อย่างมีความสุข มีความรักและผูกพันกับองค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการภายในจังหวัดและเขตสุขภาพให้มีความเชื่อมโยง สอดคล้อง และดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน

ส่วนที่ ๒
จุดยืน และตำแหน่งการพัฒนาในช่วงระยะเวลา ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)

๑. จุดยืนการพัฒนาของแผนยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแผนพัฒนาบุคลากร (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙)

๑. การเพิ่มประสิทธิภาพการการจัดสรรบุคลากร วางแผนและการพัฒนาขีดความสามารถกำลังคนให้เหมาะสม ให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง มีธรรมาภิบาล รองรับความเป็นเลิศ และความจำเป็นในการการพัฒนาบุคลากรภาคตะวันออก และพัฒนาทีมเครือข่ายสาธารณสุข ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ภาคประชาชนและภาคเอกชน ให้เป็นทีมสาธารณสุขอย่างมืออาชีพ สู่เมืองสุขภาพอาเซียนและสุขภาวะยั่งยืน ด้วยกลไกประชารัฐ พร้อมการสร้างสรรค์นวัตกรรมด้านการบริหารและบุคลากร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคตะวันออกในการเป็นแหล่งอภิบาลความรู้ และสร้างกำลังคนยุคดิจิตอล (Academic Center แบบ ๔.๐)

๒. การสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วม MOPH ให้เข้มแข็ง พร้อมสร้างแรงจูงใจ เสริมระบบคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขในชีวิตการทำงานและครอบครัว บนพื้นฐานความพอเพียง และความภาคภูมิใจในภารกิจสุขภาพประชาชน และการสร้างระบบบริหารบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสุขภาพในรูปแบบสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง ส่งเสริมบุคลากรให้รวมกลุ่มเพื่อเป็นประโยชน์การทำงานและสานสัมพันธ์ที่ดี เตรียมพร้อมบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รองรับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมดิจิตอล และมีสมรรถนะสากล ภาษาอังกฤษ, เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับการบริการที่เชื่อมโยงนานาชาติ

๓. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศกำลังคนของจังชลบุรี ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ครอบคลุมและใช้เป็นข้อมูลด้านการบริการ เป็นคลังสารสนเทศสุขภาพเชิงพื้นที่ ที่ทุกหน่วยงานในระบบสาธารณสุขเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และใช้ประโยชน์ในการสื่อสารสุขภาพสู่สาธารณะ

๒. การวิเคราะห์ศักยภาพ และสภาพแวดล้อม (SWOT Analysis)

จุดแข็ง (Strength)

๑. มีแหล่งผลิตพยาบาลเฉพาะทางบางสาขา ได้แก่ ทารกแรกเกิด (๔ เดือน) และมีแนวโน้มผลิตได้อีก ๓ สาขา ได้แก่ พยาบาลฉุกเฉิน, หัวใจและหลอดเลือด และ อนามัยสิ่งแวดล้อม

๒. เป็นเขตสุขภาพที่มี ศักยภาพในการฝึกอบรม พัฒนาบุคลากรภาคีเครือข่ายระดับมืออาชีพ มีสถาบันฝึกอบรมเฉพาะทางมี รพศูนย์หลายแห่งเพื่อการฝึกอบรมเฉพาะทางสามารถพัฒนาบุคลากร.สาธารณสุขให้มีเชี่ยวชาญเฉพาะด้านรองรอบเมืองสุขภาพอาเซียน

๓. มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความมุ่งมั่นในการทำงานในหน่วยงานของจังหวัดชลบุรี ทำให้สามารถเรียนรู้และเป็นพี่เลี้ยงในการถ่ายทอดการพัฒนางานและเกิดความสัมพันธ์ที่ดี

๔. บุคคลกรที่มีศักยภาพในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นที่ยอมรับของกระทรวง/หน่วยงานอื่น ทำให้สามารถสร้างทีมร่วมดำเนินงาน

๕. มีระบบฐานข้อมูลกำลังคนเชื่อมโยงระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด ที่สามารถรองรับการพัฒนาเชิงยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ และอาเซียน มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากเครือข่ายระดับจังหวัด

๖. การนำข้อมูลไปใช้ในการกำกับ ติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. มีต้นแบบการจัดบริการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจร อภัยภูเบศรโมเดล ซึ่งมีการจัดบริการครอบคลุมผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการทำงานร่วมกับภาคชุมชน รวมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

๘. มีคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๖ ในการบริหารจัดการภาพรวมของเขตสุขภาพเพื่อพิจารณาในการจัดสรรทรัพยากรระหว่างจังหวัดอย่างโปร่งใส เป็นธรรม

๙. มีโครงสร้างการประสานงานที่ชัดเจน มีกิจกรรมเพื่อสานสัมพันธ์ที่ดีกับเครือข่ายในระบบสาธารณสุขทำให้มองถึงภาพรวมของการพัฒนาและความต้องการเชิงนโยบายของพื้นที่ในทิศทางที่ควรจะเป็นทั้งในปัจจุบันและอนาคต

๑๐. มีศูนย์แพทย์ที่ผลิตแพทย์เฉพาะทาง ๔ สาขาหลักได้แก่ รพ.ชลบุรี แพทย์ under gap และมีวิทยาลัยผลิตพยาบาลได้แก่ ม.บูรพา วพบ.ชลบุรี วสส.ชลบุรี

๑๑. มีแพทย์เฉพาะทางที่เชี่ยวชาญในระดับสากล เช่น แพทย์พลาสติก แพทย์ trama

จุดอ่อน (Weakness)

๑, การบูรณาการ กรม กอง กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้คุณภาพและความครอบคลุมของระบบไม่บรรลุเป้าหมาย

๒. ขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ Emergency Care System

๓. บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวังควบคุมโรคไม่เพียงพอกับภาระงานที่มากขึ้น

๔. การปรับเปลี่ยนงานบ่อยของบุคลากร กระทบต่อการมีทักษะในการเฝ้าระวังปป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๕. แพทย์ในเขตยังไม่ให้ความสนใจในการสมัครเรียน และยังมีการใช้บุคลากรซ้ำซ้อนกับหน่วยบริการเดิม

๖. ขาดแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เบาหวานความดัน ตา และสุขภาพจิต เป็นต้น

๗. บุคลากรไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบันทึกข้อมูลในระบบด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนความก้าวหน้าและการพัฒนาตนเอง

๘. ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการประเมินผลบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะ ทำให้ไม่ทราบว่าบุคลากรสามารถนำความรู้ทักษะ จากการพัฒนาสมรรถนะ ไปพัฒนาสมรรถนะองค์กร/

๙. ไม่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

๑๐. ศักยภาพและขีดความสามารถในการพัฒนาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยและอัตรากำลังบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยยังไม่เพียงพอ

๑๑. ขาดการวางแผนกลไกและกระบวนการในการธำรงคนที่มีความรู้ความสามารถให้อยู่ในระบบของหน่วยงานได้

๑๒. การพัฒนาสมถรรนะบุคลากรทั้งระบบให้มีความเชี่ยวชาญทางยุทธศาสตร์ การคิดวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ ขาดความต่อเนื่องและขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

๑๓. ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานผู้ผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขและความต้องการจ้างงานไม่สมดุลกัน อาจทำให้เกิดจากการบริหารจัดการกำลังคน

๑๔. ความรู้และทักษะของบุคลากรในการับมือโรคอุบัติใหม่

๑๕. บุคลากรทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์และเวชศาสตร์การท่องเที่ยวไม่เพียงพอ มีสัดส่วนของแพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์ ๑ :

โอกาส (Opportunity)

๑. มีศูนย์ผลิตเวชศาสตร์ทางทะเลให้กับเครือข่ายทุกระดับ ที่โรงพยาบาลสิริกิต มีฐานทัพเรือภาคที่ ๑ ในการดูแลสาธารณภัยทางทะเล

๒. มีมหาวิทยาลัยสนับสนุนความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีระบบการจัดการเฝ้าระวังมลพิษทาง/อากาศแบบ real time เป็นโอกาสในการพัฒนาด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

๓. มีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน ประชาชนในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๔. ภาคีเครือข่ายในพื้นที่บ่อวิน ให้ความร่วมมือในการสนับสนุนงบประมาณในการผลิต แพทย์ / พยาบาลและการดำเนินงานด้านอาชีวเวชศาสตร์

๕. มีสถาบันอุดมศึกษาซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยวิจัยเป็นแหล่งพัฒนาผลงานวิชาการทางด้านสาธารณสุขและศาสตร์ทางการบริหารตามความจำเป็นของภาคตะวันออกซึ่งเป็นโอกาสในการหนุนเสริมในการผลิต คิดค้นนวัตกรรมตามภารกิจยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ ๖

๖. มีการพัฒนา อสม ต่างด้าว ชุมชนชลบุรี ในกลุ่มแรงงาน ประมง โรงงาน

๗. มีภาคีเครือข่าย ทหารเรือ (ศรชล) มูลนิธิกู้ชีพ กู้ภัย

อุปสรรค (Threat)

๑. ปริมาณผู้รับบริการมากขึ้น ทำให้คุณภาพการให้บริการลดลง

๒. ขาดการสนับสนุนให้กับผู้ปฏิบัติงานให้อยู่ในวิชาชีพ) carrier path)

๓. ค่าครองชีพไม่สมดุลกับค่าตอบแทน

๔. มีความเสี่ยงต่อการร้องเรียน

๕. เด็กรุ่นใหม่มีทัศนคติต่อวิชีพที่ดีลดลง (เด็กไม่เลือกเรียนพยาบาล)

๖. ประชากรย้ายถิ่นมีจำนวนมากทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น (ต่างด้าว ประชากรแฝง)

๗. นโยบาย UC ทำให้งบประมาณไม่เพียงพอต่อประชาชนคนไทยและบุคคลากร

๘. การบรรจุข้าราชการล่าช้าไม่เพียงพอ ทำให้ออกนอกระบบมากขึ้น

ส่วนที่ ๓
แผนยุทธศาสตร์ด้านกำลังคนและแผนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตสุขภาพที่ ๖ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี เป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนทิศทางการพัฒนาประเทศ และเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปีด้านการสาธารณสุข และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น การกำหนดทิศทางเป้าหมายการพัฒนาและประเด็นยุทธศาสตร์ ได้พิจารณาจากการกระจายนโยบายสู่การปฏิบัติ และการประเมินสถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ ส่วนการกำหนดกลยุทธ์ มาตรการ ใช้แนวคิด The Six Building Box ของ WHO แนวคิดหลักการของกฎบัตรกรุงเทพ (PIRAB) และค่านิยมร่วมของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) เป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์/มาตรการในการพัฒนา ซึ่งแผนยุทธศาสตร์นี้เป็นช่วงระยะเวลาของการปฏิรูปประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านการสาธารณสุขในระยะ ๕ ปีแรก และจะเป็นการวางรากฐานของระบบสุขภาพของเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง มีเอกภาพ สามารถต่อยอดให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างต่อเนื่องภายใต้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตสุขภาพที่ ๖ ฉบับต่อๆ ไป จึงกำหนด เป้าประสงค์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ ดังนี้

วิสัยทัศน์

“บุคลากรและองค์กรสาธารณสุขมีสมรรถนะสูง
ระบบบริการมีมาตรฐาน ทันสมัย มีนวัตกรรม เพื่อประชาชนสุขภาพดี
พึ่งตนเองทางสุขภาพได้ สู่เมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน”

<u>บุคลากร และองค์กรสาธารณสุขมีสมรรถนะสูง หมายถึง</u> บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขมีความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะสากล (ด้านภาษา และเทคโนโลยีสารสนเทศ) ปฏิบัติงานภายใต้วัฒนธรรมและค่านิยมร่วม MOPH ที่เข้มแข็ง บุคลากรมีสุขภาพดี มีความสุข และมีความภาคภูมิใจในภารกิจสุขภาพเพื่อประชาชน หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับที่มีธรรมาภิบาล และมีสมรรถนะสูงทางการบริหารจัดการ มีความเข้มแข็งทางการเงินการคลัง (High Performance Organization :HPO)

<u>ระบบบริการมีมาตรฐาน ทันสมัย มีนวัตกรรม หมายถึง</u> มาตรฐานและคุณภาพทางการแพทย์ และการบริการสุขภาพในระดับสากล ที่ผู้ใช้บริการเชื่อมั่น และวางใจ (Believe and Trust) การบริการสุขภาพมีความทันสมัย มีการใช้ดิจิทัล และการสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เครือข่ายสุขภาพมีความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านหัวใจ อุบัติเหตุ มะเร็ง ทารกแรกเกิด ปลูกถ่ายอวัยวะ อาชีวเวชศาสตร์

<u>ประชาชนสุขภาพดีพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ หมายถึง</u> ประชาชนในทุกกลุ่มวัยมีความฉลาดรู้ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี ระบบสุขภาพของชุมชนเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ เป็นเลิศในระดับชาติในด้านการดูแลเด็กแบบครบวงจร และการอภิบาลสุขภาพผู้สูงอายุแบบเชิงรุก ต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (Community and Home Ward)

พันธกิจ (Mission)

๑. บริหารจัดการกำลังคนที่สอดคล้องกับปริมาณงานให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง สู่เมืองสุขภาพดีที่ยั่งยืน

๒. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เป็น คนดี คนเก่ง สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการทำงานเชิงรุกอย่างมืออาชีพ

๓. สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่และส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร

๔. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างความสุขแก่บุคลากรสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate Goal)

มีบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสมตามกรอบที่ควรมี และบุคลากรของทีมเครือข่ายสาธารณสุข ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ภาคประชาชนและภาคเอกชน มีคุณภาพ รองรับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง และสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วม MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข ให้เข้มแข็ง พร้อมสร้างแรงจูงใจ เสริมระบบคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้กรอบ **“เพียงพอ คุณภาพ และมีความสุข”**

ตัวชี้วัดภาพรวม

๑. ระดับความสำเร็จในการวางแผนกาลังคนด้านสุขภาพ

๒. ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารอัตรกำลังที่เหมาะสมตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

๓. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

๔. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้

๕. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (loss rate) ลดลง ๐.๐๘ ต่อปี

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

๑. การเพิ่มประสิทธิภาพการการจัดสรรบุคลากร วางแผนกำลังคนให้เหมาะสม รองรับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง มีธรรมาภิบาล รองรับความเป็นเลิศของระบบบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

๒. การพัฒนาขีดความสามารถของทีมเครือข่ายสาธารณสุข ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ภาคประชาชนและภาคเอกชนให้เป็นทีมสาธารณสุขอย่างมืออาชีพ สู่เมืองสุขภาวะยั่งยืน ด้วยกลไกประชารัฐ รองรับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมดิจิตอล

๓. การสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วม MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข ให้เข้มแข็ง พร้อมสร้างแรงจูงใจ เสริมระบบคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิตการทำงานและครอบครัว บนพื้นฐานความพอเพียง และความภาคภูมิใจในภารกิจเพื่อสุขภาพประชาชนและการเป็นต้นแบบสุขภาพดี

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๑ :</u> การเพิ่มประสิทธิภาพการการจัดสรรบุคลากร วางแผนกำลังคนให้เหมาะสม รองรับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง มีธรรมาภิบาล รองรับความเป็นเลิศของระบบบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

กำลังคนด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบสุขภาพของเขตสุขภาพเป็นกลไกหลักในการบรรลุเป้าหมาย การมีสุขภาพดีของประชาชน ปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่สำคัญประการ หนึ่งคือ ความเป็นธรรมในการ กระจายกำลังคนด้านสุขภาพ แม้สถานการณ์การกระจายกำลังคนจะได้รับการแก้ปัญหาไประดับหนึ่งแล้ว แต่พบว่าในบางสายงานของเขตสุขภาพยังมีปัญหาความไม่เหมาะสมของการกระจายตัว นอกจากนี้ปัญหาการสูญเสียกำลังคนในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ด้านสุขภาพและสายสนับสนุน ออกจากระบบยังมีอย่างต่อเนื่อง การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับความ ต้องการของระบบสุขภาพ และการขับเคลื่อนระบบการจัดการกำลังคนและพัฒนาคน ปัญหาผลิตภาพของกำลังคนทั้งในด้านสมรรถนะในงาน สมรรถนะสากล (ภาษาอังกฤษ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ) และการธำรงรักษา ปัญหาความเหลื่อมล้ำเรื่องค่าตอบแทนที่มีความไม่เป็นธรรมระหว่างวิชาชีพที่กระทบมาจากปัญหาในระดับกระทรวง ปัญหาด้านข้อมูลกำลังคนที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูล กันในเครือข่ายสุขภาพของเขตสุขภาพ และกับภาคีทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรวิชาชีพต่างๆ จึงทำให้ไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบันและเป็นข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอเพื่อการวางแผนและบริหารจัดการกาลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้นประเด็นยุทธศาสตร์จึงให้ ความสำคัญกับการสร้างสรรค์ มาตรการ รองรับการปรับระบบและกลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพในทุกระดับ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคน การวางแผนกาลังคนด้านสุขภาพ สนับสนุนการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเป็นเลิศ เชี่ยวชาญในวิชาชีพที่สอดคล้องกับความเป็นเลิศของการจัดบริการของเขตสุขภาพ มีทักษะการทำงานเป็นทีมสุขภาพ มีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพชีวิตและมีความสุขในการทำงาน ใส่ใจในการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาวิชาชีพแบบ Transformative Learningในศตวรรษที่ ๒๑ ตามนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งการให้ความสำคัญกับการ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยหรือหน่วยผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ให้มีบทบาทร่วมกันในการวางแผนการผลิต เร่งผลิต และพัฒนากาลังคนด้าน สุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกาลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง การธำรง รักษาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอ ความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และผู้รับบริการในเขตสุขภาพในปัจจุบัน และอนาคตอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดชลบุรีที่สอดรับกับการออกแบบระบบสุขภาพและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละพื้นที่ และทิศทางระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และการพัฒนาในพื้นที่จังหวัดชลบุรี

๒. เพื่อสร้างกลไกและระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ ด้วยความทันสมัย

เป้าหมายการพัฒนา

๑. มีการวางแผนและการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ (บุลคากร ๕ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มสหวิชาชีพ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลป์ กลุ่มอื่นๆ กลุ่มสายสนับสนุน) ที่เหมาะสม ครอบคลุมตามความต้องการ เชื่อมโยงการผลิต การพัฒนาศักยภาพและการประเมินผล สามารถรองรับการเติบโตของแผนการจัดบริการสุขภาพ

๒. มีกลไกในการบูรณาการระดับพื้นที่ ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ตัวชี้วัด

๑. อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร แพทย์ ๑ : ๑๐,๐๐๐ ทันตแพทย์ ๑ : ๓๐,๐๐๐ เภสัชกร ๑ : ๓๐,๐๐๐ พยาบาลวิชาชีพ ๑ : ๒,๕๐๐

สัดส่วนบุลคากร ๕ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มสหวิชาชีพ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลป์ กลุ่มอื่นๆ กลุ่มสายสนับสนุน ต่อประชากรระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ ๒๐)

ขีดความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพ (กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มสหวิชาชีพ กลุ่มผู้ประกอบโรคศิลป์ กลุ่มอื่นๆ กลุ่มสายสนับสนุน) ที่มีศักยภาพสูงตามสมรรถนะ และมีทักษะสากล (ผ่านเกณฑ์สมรรถนะในหน้าที่และสมรรถนะสากลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ภายใน ๕ ปี)

ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

เพิ่มสัดส่วนแพทย์เวชศาสตร์ทางทะเล และแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน(อาชีวเวชศาสตร์) และทีมสหวิชาชีพรองรับด้านเวชศาสตร์อนามัย ได้ตามมาตรฐานสากล

แผนงาน/ โครงการที่สำคัญ

๑. โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดชลบุรี

๒. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน

๓. โครงการการบริหาร และพัฒนาบุคลากร ๔.๐

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๒ :</u> การพัฒนาขีดความสามารถของทีมเครือข่ายสาธารณสุข ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ภาคประชาชนและภาคเอกชนให้เป็นทีมสาธารณสุขอย่างมืออาชีพ สู่เมืองสุขภาวะยั่งยืน ด้วยกลไกประชารัฐรองรับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมดิจิตอล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อบูรณาการระบบการผลิตกำลังคน และการกำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพร่วมกันทั้งในระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษา ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ตั้งอยู่บนฐานของความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน แบบกลไกประชารัฐ

๒. เพื่อสร้างเครือข่ายกาลังคนด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ในการปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขเพื่อประชาชนสุขภาพดีร่วมกัน

เป้าหมายการพัฒนา

๑. มีระบบการบริหารจัดการกำลังคนและการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจนสามารถลดการสูญเสียบุคลากรคุณภาพ และเพิ่มความสุข ความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน

๒. มีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพด้วยกลไกประชารัฐที่เข้มแข็ง

แผนงาน/ โครงการที่สำคัญ

๑. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๒. โครงการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์รองรับความเป็นเลิศ

๓. โครงการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพรองรับการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่

๔. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ :</u> การสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วม MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข ให้เข้มแข็ง พร้อมสร้างแรงจูงใจ เสริมระบบคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิตการทำงานและครอบครัว บนพื้นฐานความพอเพียง และความภาคภูมิใจในภารกิจเพื่อสุขภาพประชาชนและการเป็นต้นแบบสุขภาพดี

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ความสุข ความภาคภูมิในในการปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขแก่บุคลากรด้านการสาธารณสุขของจังหวัดชลบุรี

๒. เพื่อขับเคลื่อนสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วม MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข ให้เข้มแข็งบนพื้นฐานความพอเพียง และความภาคภูมิใจในภารกิจเพื่อสุขภาพประชาชนและการเป็นต้นแบบสุขภาพดี

เป้าหมายการพัฒนา

๑. องค์กรมีอัตลักษณ์ที่แสดงถึงค่านิยมร่วม MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข และสร้างความภาคภูมิในในการปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขแก่บุคลากรด้านการสาธารณสุขของจังหวัดชลบุรี

กลยุทธ์ และมาตรการ แนวทางการพัฒนา

เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพรองรับการจัดบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ และการเติบโตของพื้นที่

แผนงาน/ โครงการที่สำคัญ

๑. พัฒนานักสร้างสุขในองค์กร (เป้าหมายหน่วยงานละ ๕-๑๐ คน)

๒. ส่งเสริมและสนับสนุนผ่านการสร้างวัฒนธรรม MOPH เข้มแข็ง “โครงการหลากความสุข ลดความทุกข์ชาวสาสุขชลบุรี”

๓. พัฒนาองค์กรให้มีความสุขอย่างยั่งยืน ด้วย “ศูนย์สร้างสรรค์ปันสุข”

๔. โครงการคนสุขภาพ สุขภาพดี วิถีพอเพียง

ภาคผนวก 2

ตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2561 (4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 11 กลยุทธ 28 ตัวชี้วัด)

สำหรับสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

KPI	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2561	Based line ปี 2560	น้ำหนัก	หน่วยประเมิน			แหล่งข้อมูล	ระยะเวลาประเมิน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ		
					สสอ.	รพ.สต.	รพ.				PA ปลัด สธ	PA ผตร	ตรวจราชการ
		0											
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย													
	กลยุทธที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย												
	กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย												
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน									ส่งเสริมสุขภาพ			/
	<u>เชิงปริมาณ</u>	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1	/	/	/	ข้อมูลการตาย	ทุกเดือน	ส่งเสริมสุขภาพ			/
	<u>เชิงคุณภาพ</u>	ระดับ 4		3	/	/	/	ข้อมูลการตาย	ทุกเดือน	ส่งเสริมสุขภาพ			/
2	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ของเด็ก 12 ปีฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ 58.34	3		/	/	43 แฟ้ม/ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ	ปีละ 1 ครั้ง	ทันตสาธารณสุข			/
3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี									ส่งเสริมสุขภาพ			/
	<u>เชิงปริมาณ</u>	ไม่เกิน 40 ต่อพันการคลอดมีชีพ	46.86	1	/	/	/	รายงานการคลอด	ทุกเดือน	ส่งเสริมสุขภาพ			/
	<u>เชิงคุณภาพ</u>	ระดับ 4/>ร้อยละ 80		3	/	/	/	รายงานการคลอด	ทุกเดือน	ส่งเสริมสุขภาพ			/
4	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ระดับ 3	-	6	/	/	/	สสอ. , รพ. , รพ.สต.	ไตรมาส 3-4	พัฒนาคุณภาพฯ	/	/	/
5	ระดับความสำเร็จของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ระดับ4	-	4	/		/	สสอ. , รพ.	รายไตรมาส	ควบคุมโรคติดต่อ		/	/

ตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2561 (4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 11 กลยุทธ 28 ตัวชี้วัด)

สำหรับสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

KPI	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2561	Based line ปี 2560	น้ำหนัก	หน่วยประเมิน			แหล่งข้อมูล	ระยะเวลาประเมิน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ		
					สสอ.	รพ.สต.	รพ.				PA ปลัด สธ	PA ผตร	ตรวจราชการ
6	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลดลง 21 % จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 = 467 ราย)	ระดับ 5	เสียชีวิต 577 คน ต่อประชากรแสนคน(39.61%)	3	/		/	มรณบัตร ของกรมการปกครอง	รายไตรมาส	NCD			/
7	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 95/ระดับ 4	ระดับ 4	3	/	/	/	รพ./ สสอ./ รพ.สต.	ทุก 3 เดือน	คุ้มครองผู้บริโภคฯ			/ (M)
8	อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ ครบ ๖ ประเด็น	ระดับ 5	ระดับ 4	5	/	/	/	รายงาน/แบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital	รายไตรมาส	อนามัยสิ่งแวดล้อมฯ		/	/
9	ระดับความสำเร็จของอำเภอในการจัดการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า									ควบคุมโรคติดต่อ			
	เชิงปริมาณจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	0 ราย	2 ราย	1	/	/	/	รายงาน	รายไตรมาส	ควบคุมโรคติดต่อ			
	เชิงปริมาณร้อยละผู้สัมผัสโรคได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์	ร้อยละ 100		1	/	/	/	รายงาน	รายไตรมาส	ควบคุมโรคติดต่อ			
	เชิงคุณภาพกิจกรรมเชิงคุณภาพ 5 ขั้นตอน	ผ่าน 5 ขั้นตอน		2	/	/	/	ประเมิน/รายงาน	รายไตรมาส	ควบคุมโรคติดต่อ			
10	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ /เชิงคุณภาพ	35 ทีม/ระดับ 3	9 ทีม	3	/	/	/	รพศ,รพท.,รพช,รพสต. ที่ดำเนินการ PCC	ไตรมาส 3-5	พัฒนาคุณภาพฯ	/	/	/
11	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้									NCD			/ (M)
	เชิงปริมาณร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ดี	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปี 2560 หรือ> 40%	ร้อยละ 29.44	2.5	/	/	/	HDC	รายเดือน/ประเมิน มิย.61	NCD			/ (M)
	เชิงปริมาณร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 5% จากปี 2560 หรือ>50%	ร้อยละ 22.37	2.5	/	/	/	HDC	รายเดือน/ประเมิน มิย.61	NCD			/ (M)

ตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2561 (4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 11 กลยุทธ 28 ตัวชี้วัด)

สำหรับสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

KPI	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2561	Based line ปี 2560	น้ำหนัก	หน่วยประเมิน			แหล่งข้อมูล	ระยะเวลาประเมิน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ		
					สสอ.	รพ.สต.	รพ.				PA ปลัด สธ	PA ผตร	ตรวจราชการ
	เชิงคุณภาพNCD Clinic Plus	ระดับดี		1		/	/	HDC	รายเดือน/ประเมิน มิย.61	NCD			/ (M)
12	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง									พัฒนาคุณภาพฯ			/
	เชิงปริมาณ	อัตราตาย<7%	8.85%	0.5	/	/	/	รายงาน/ 43 แฟ้ม	รายไตรมาส	พัฒนาคุณภาพฯ			/
	เชิงคุณภาพ	ระดับ 3		1.5	/	/	/	รายงาน/ 43 แฟ้ม	รายไตรมาส	พัฒนาคุณภาพฯ			/
13	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล(ร้อยละ 41.67 ของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	รพ.ระดับ3/สสอ. ระดับ 2/รพ.สต. ระดับ 4		5	/	/	/	รายงาน/HDC	ไตรมาส 3-4	คุ้มครองผู้บริโภคฯ		/	/
14	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI เชิงปริมาณ อัตราตาย STEMI	< ร้อยละ 11	ร้อยละ 14.04	0.5	/	/	/	รายงาน/43 แฟ้ม	รายไตรมาส	พัฒนาคุณภาพฯ			/
	เชิงคุณภาพ	ระดับ 3	ระดับ 3	1.5	/	/	/	รายงาน/43 แฟ้ม	รายไตรมาส	พัฒนาคุณภาพฯ			/
15	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (รพ. A, S 12 โรค, M 5 กลุ่มโรค)	ร้อยละ 15	NA	2			/	รพ. A ,S, M	ไตรมาส 3	พัฒนาคุณภาพฯ		/	/
16	ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	รพศ/รพท.ร้อยละ 10 / รพช.ร้อยละ 20 /รพ.สต.ร้อยละ 30	ร้อยละ 12.92	3		/	/	43 แฟ้ม , HDC	ไตรมาส 4	แพทย์แผนไทยฯ			/
17	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ใน รพ.ระดับ F3 ขึ้นไป (ER และ Admit)เชิงปริมาณ	<ร้อยละ 12	NA	1			/	43 แฟ้ม	ไตรมาส 4	NCD		/	/
	เชิงคุณภาพ	ระดับ 5		3			/	43 แฟ้ม	ไตรมาส 4	NCD		/	/
18	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85	ร้อยละ 83.65	5	/		/	TBCM online 2010	รายไตรมาส	ควบคุมโรคติดต่อ	/	/	/
19	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ 3	-	5	/			สสจ, สสอ	ไตรมาส 4	พัฒนาคุณภาพฯ		/	/

ตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2561 (4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 11 กลยุทธ 28 ตัวชี้วัด)

สำหรับสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

KPI	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2561	Based line ปี 2560	น้ำหนัก	หน่วยประเมิน			แหล่งข้อมูล	ระยะเวลาประเมิน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ		
					สสอ.	รพ.สต.	รพ.				PA ปลัด สธ	PA ผตร	ตรวจราชการ
20	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 81.25	3	/		/	รพ.	รายไตรมาส	พัฒนาคุณภาพฯ		/	/
21	ร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	ร้อยละ 40	24 แห่ง	5		/		ประเมินตนเอง/สุ่มสำรวจ	ทุก 6 เดือน	พัฒนาคุณภาพฯ		/	/
22	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล8วิชาชีพ	ระดับ 4	ระดับ 4				/	ประเมินตนเอง/ตรวจประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง	พัฒนาคุณภาพฯ			
23	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	ระดับ 4	ระดับ 3	3	/		/	รายงาน	ปีละ 1 ครั้ง	บริหารทรัพยากรบุคคล			/
24	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) มากกว่าร้อยละ 85(สสอ./รพ.)	>ร้อยละ 85/ รพ.สต.ระดับ 3	-	4	/	/	/	1. ฐานข้อมูล HROPS/ 2. แบบสำรวจ Exit Interview	ไตรมาส 4	บริหารทรัพยากรบุคคล	/	/	/
25	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 60	-	1	/	/	/	ทะเบียน อสค.	รายไตรมาส	พัฒนาคุณภาพฯ			
26	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล(หน่วยบริการผ่านเกณฑ์/คุณภาพข้อมูลบริการ)	ร้อยละ 50/ ร้อยละ 75		3	/	/	/	รายงาน/อิเลคทรอนิกส์ (File : Excel)	รายไตรมาส	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ			
27	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง						/	**www.hfo61.cfo.in.th**	รายไตรมาส	ประกันสุขภาพ	/	/	/
	สถานการณ์ด้านการเงิน 7 ระดับ ร้อยละ 40	ปกติ/ระดับ 1		2			/	**www.hfo61.cfo.in.th**	รายไตรมาส	ประกันสุขภาพ	/	/	/
	ผลต่างของ Planfin(รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผน) ร้อยละ 40	ระดับ 3		2			/	**www.hfo61.cfo.in.th**	รายไตรมาส	ประกันสุขภาพ	/	/	/
	ต้นทุนบริการไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน ร้อยละ 20	ไม่เกิน		1			/	**www.hfo61.cfo.in.th**	รายไตรมาส	ประกันสุขภาพ	/	/	/
28	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	รพ. ร้อยละ 85 สสอ./รพ.สต. ระดับ 4	ร้อยละ 61.04	3	/	/	/	รพ. / สสอ. / รพ.สต.	รายไตรมาส	บริหารทรัพยากรบุคคล			
				100									

ชื่อเอกสาร: ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ
และบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ
ในการดำเนินงานพัฒนาด้านสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
หน่วยงานที่จัดทำ: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
ว.ด.ป.ที่พิมพ์: ธันวาคม ๒๕๖๐
จำนวนที่พิมพ์: ๕๐ เล่ม
พิมพ์ที่: ไทยอาสาเซอร์วิส บางแสน