

# คู่มือแนวทางการดำเนินงาน



คปสอ. 

ติดดาว 



จังหวัดสระแก้ว

ปี 2560

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

## คำนำ

การประเมิน คปสอ. ติตดาว จังหวัดสระแก้ว ปี 2560 มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินเพื่อพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานในระดับ คปสอ. และ รพ.สต. รวมถึง การบูรณาการการประเมินต่างๆทั้งจาก กระทรวงฯ เขตสุขภาพ และจังหวัด มาเป็นการประเมินที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการประเมินต่างๆดังกล่าวได้ และลดภาระการรับประเมินของ คปสอ. และ รพ.สต.

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ติตดาว จังหวัดสระแก้ว ปี 2560 ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางและขั้นตอนการดำเนินงาน สำหรับผู้ประเมิน และผู้ถูกประเมิน พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการประเมินตามกรอบแนวคิด คปสอ. ติตดาว ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ 1.)ของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์จังหวัดสระแก้ว และนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560 2.)กระบวนการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ(DHS-PCA) 3.)กระบวนการดำเนินงาน รพ.สต. ติตดาว และ 4.) การพัฒนาต่อยอดสร้างงานวิจัย นวัตกรรม และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

คณะผู้จัดทำขอกราบขอบพระคุณ ท่านนายแพทย์อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกท่านที่ให้การสนับสนุน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการจัดทำคู่มือฉบับนี้

คณะผู้จัดทำ

30 พฤศจิกายน 2559

สารบัญ

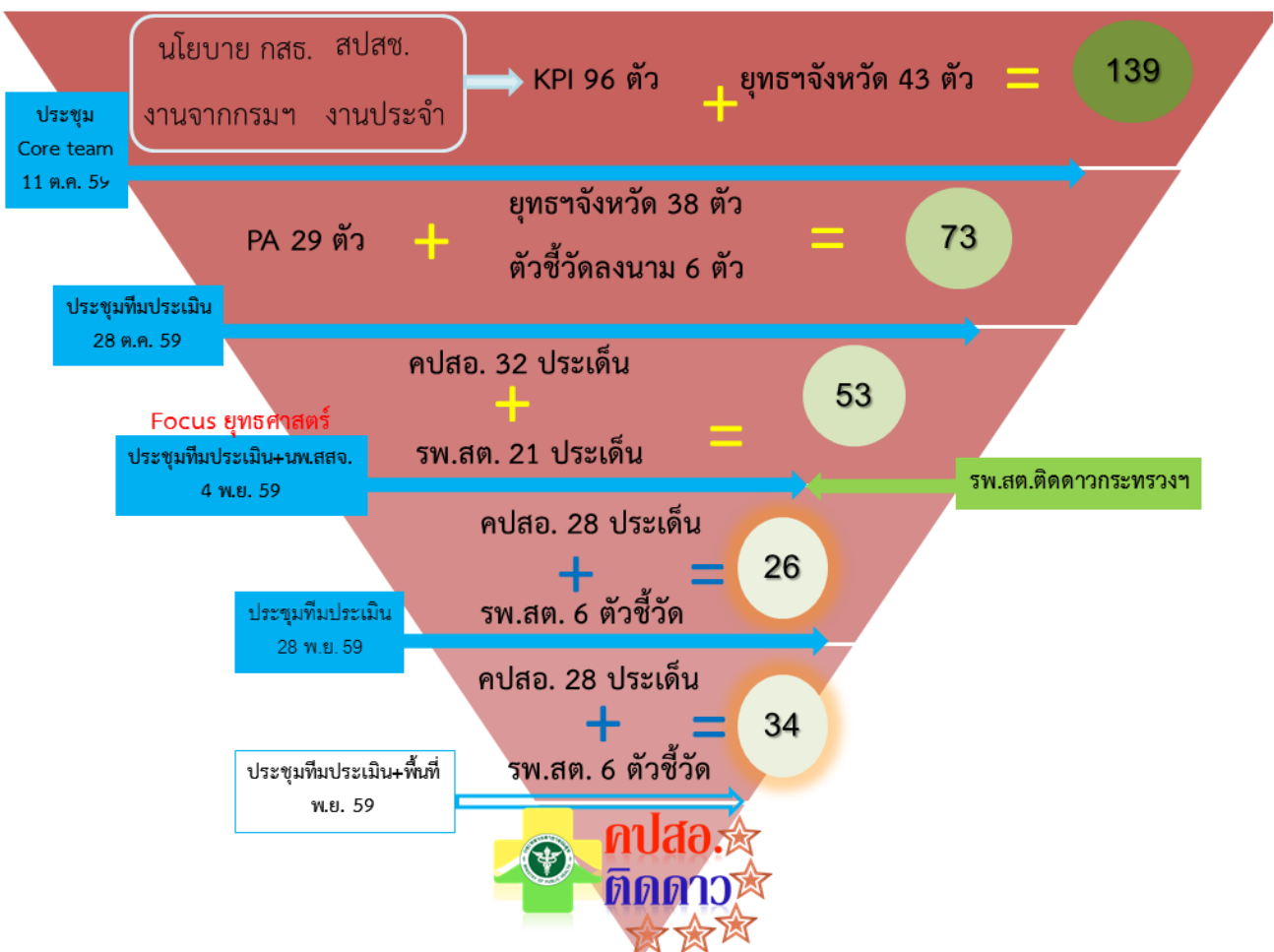
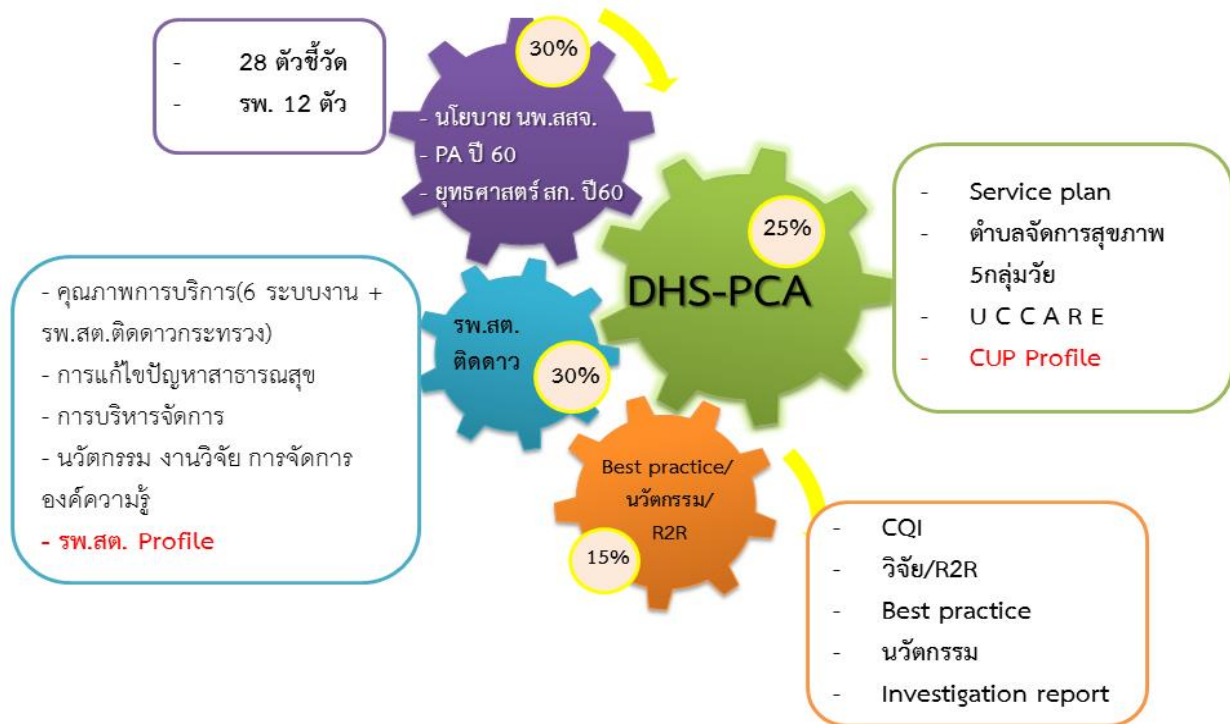
หน้า

|   |    |
|---|----|
| คำนำ  | ก  |
| สารบัญ  | ข  |
| กรอบการประเมิน คปสอ.ติดตาม จังหวัดสระแก้ว ปี 2560   | 1  |
| ● <b>ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินระดับ คปสอ.ติดตาม</b>  | 3  |
| 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย   | 5  |
| 2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน   | 7  |
| 3. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี   | 8  |
| 4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์  | 10 |
| 5. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดสระแก้ว ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital   | 12 |
| 6. การดำเนินงานของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนและตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health ปี 2560  | 16 |
| 7. ร้อยละของอำเภอมี่นาคปฏิบัติภารกิจภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง  | 24 |
| 8. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี  | 27 |
| 9. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี  | 29 |
| 10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)  | 31 |
| 11. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง   | 33 |
| 12. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ  | 35 |
| 13. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ   | 36 |
| 14. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr  | 38 |
| 15. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)  | 40 |
| 16. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต  | 42 |
| 17. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | 45 |
| 18. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน   | 48 |
| 19. ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข  | 50 |
| 20. คปสอ.มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK  | 52 |
| 21. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วผ่านเกณฑ์การ   | 54 |

## ประเมิน ITA

|   |     |
|---|-----|
| 22. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในขององค์กรคุณธรรม<br>สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560  | 57  |
| 23. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง สามารถควบคุมป้องกันปัญหาทางการเงิน<br>เงินไม่ทำให้ประสภาวะวิกฤตทางการเงิน   | 62  |
| 24. ร้อยละของข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุไม่เกิน 25   | 66  |
| 25. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA<br>ชั้น 3   | 68  |
| 26. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล  | 70  |
| 27. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)   | 72  |
| 28. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)   | 78  |
| ● รายละเอียดการประเมิน รพ.สต.ติดดาว   | 80  |
| ● รายละเอียดตัวชี้วัดที่ใช้ประเมิน รพ.สต.ติดดาว (ข้อ 5.2.4)   |     |
| 1. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5ปี<br>(Fully immunized)  | 84  |
| 2. ระดับความสำเร็จในบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของโรงพยาบาล<br>ส่งเสริมสุขภาพตำบล  | 88  |
| 3. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่ม<br>ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี | 90  |
| 4. ร้อยละของคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่า 80  | 93  |
| 5. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก   | 95  |
| 6. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน  | 97  |
| ● รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานเพิ่มเติม   |     |
| 1. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 6 ระบบงานที่สำคัญ ตามมาตรฐาน HA<br>สู่ PCA  | 99  |
| 2. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล   | 101 |
| <b>คปสอ. และ รพ.สต. มีผลงานวิชาการที่นำสู่การพัฒนางานสาธารณสุข</b>  | 103 |
| <b>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)</b>   | 105 |
| ภาคผนวก (รพ.สต.ติดดาวกระทรวงสาธารณสุขปี 2560)   |     |

# กรอบการประเมิน คปสอ. ติดตาม จังหวัดสระแก้ว ปี 60



## ปฏิทินการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว สระแก้ว ปี 2560

| ลำดับ | กิจกรรม  | ว/ด/ป        | ผลลัพธ์                                   |
|-------|--|--------------|---|
| 1.    | ประชุมคณะทำงาน แนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว           | 11 ต.ค. 59   | กรอบการประเมิน คปสอ. ตีตดาว               |
| 2.    | ประชุมคณะทำงาน พิจารณาแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว    | 28 ต.ค. 59   | KPI คปสอ./รพ.สต.ตีตดาว                    |
| 3.    | ประชุมคณะทำงาน พิจารณาแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว    | 4 พ.ย. 59    | KPI คปสอ./รพ.สต.ตีตดาว                    |
| 4.    | ประชุมคณะทำงาน พิจารณาแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว    | 28 พ.ย. 59   | KPI Template คปสอ./รพ.สต.ตีตดาว           |
| 5.    | จัดทำร่างคู่มือแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว           | 30 พ.ย. 59   | ร่างคู่มือแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว |
| 6.    | ประชุม คณะกรรมการ พิจารณาแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว | 13 ธ.ค. 59   | คู่มือแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. ตีตดาว     |
| 7.    | ประชุมคณะทำงาน พิจารณาเกณฑ์การประเมิน คปสอ. ตีตดาว       | 23 ธ.ค. 59   | ร่างคู่มือเกณฑ์การประเมินคปสอ. ตีตดาว     |
| 8.    | ประชุม คณะกรรมการ พิจารณาเกณฑ์ คปสอ. ตีตดาว              | 30 ธ.ค. 59   | คู่มือเกณฑ์การประเมินคปสอ. ตีตดาว         |
| 9.    | เยี่ยมเสริมพลัง คปสอ.ตีตดาว                              | 6-16 ก.พ. 60 | วิเคราะห์ส่วนขาด แก้ไขปัญหา และสนับสนุน   |
| 10.   | ประเมิน คปสอ. ตีตดาว                                     | 3-18 ก.ค. 60 | ผลงานประเมินคปสอ.ตีตดาว                   |
| 11.   | แจ้งผลการประเมินในที่                                    | 31 ก.ค. 60   |   |
| 12.   | ประชุมถอดบทเรียน และสรุปการประเมิน คปสอ.ตีตดาว           | 8 ส.ค. 60    |   |
| 13.   | มอบรางวัล  | 31 ส.ค. 60   |   |

## ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน คปสอ. ตัดดาว

| ลำดับ | ตัวชี้วัดที่  | KPI<br>กสร.<br>2560         | PA<br>กสร.<br>2560 | KPI ยุทธ<br>สร<br>แก้ว<br>2560 | PA สร<br>แก้ว<br>2560 | นโยบาย<br>บายนพ.<br>สสจ. |
|-------|---|-----------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1     | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย  | /                           | /                  |                                |                       | /                        |
| 2     | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี   | /                           | /                  |                                |                       | /<br>(ศพด                |
| 3     | อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี  | /                           | /                  |                                |                       |                          |
| 4     | ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์   | /                           | /                  | /                              |                       | /                        |
| 5     | ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital  | /                           | /                  |                                |                       |                          |
| 6     | <b>การดำเนินงานของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนและตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health</b>  | /(ผด<br>ร.มอบ<br>สรแก้ว)    |                    | /                              |                       |                          |
| 7     | 6.ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง   | /                           |                    | /                              |                       |                          |
| 8     | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี   | /                           | /                  | /                              |                       |                          |
| 9     | ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี  |                             |                    |                                |                       |                          |
| 10    | อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง   |                             |                    |                                |                       |                          |
| 11    | อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  |                             |                    |                                |                       |                          |
| 12    | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)  |                             |                    |                                |                       |                          |
| 13    | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr  |                             |                    |                                |                       |                          |
| 14    | อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ  | /                           | /                  | /                              |                       |                          |
| 15    | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3  | /                           | /                  |                                |                       |                          |
| 16    | ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต  | /                           |                    |                                |                       |                          |
| 17    | (FCT)ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | /(รพ.<br>สส.<br>คุณภ<br>าพ) |                    | /                              |                       |                          |

| ลำดับ | ตัวชี้วัดที่  | KPI<br>กสธ.<br>2560 | PA<br>กสธ.<br>2560 | KPI ยุทธ<br>สระ<br>แก้ว<br>2560 | PA สระ<br>แก้ว<br>2560 | นโยบาย<br>บายนพ.<br>สสจ. |
|-------|---|---------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------|
| 18    | ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน                                 | /                   |                    | /                               |                        |                          |
| 19    | ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข  | /                   | /                  | /                               | /                      | /                        |
| 20    | คปสอ.มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK  | /                   | /                  | /                               | /                      | /                        |
| 21    | ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA                      | /                   | /                  | /                               |                        |                          |
| 22    | ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในขององค์กรคุณธรรม สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560 |                     |                    |                                 | /                      |                          |
| 23    | ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน   | /                   | /                  | /                               |                        |                          |
| 24    | ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 25  | /                   | /                  | /                               |                        |                          |
| 25    | ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3                                | /                   |                    |                                 |                        |                          |
| 26    | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล  |                     |                    |                                 |                        | /                        |
| 27    | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล   | /                   | /                  |                                 |                        |                          |
| 28    | ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)  | /                   |                    |                                 |                        |                          |



## 1.ระดับความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแม่และเด็ก จังหวัดสระแก้ว

1.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

1.3 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

## 1.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

|                      |   |
|----------------------|---|
| ตัวชี้วัด            | 1.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย<br>1.1.1 ร้อยละของความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ<br>1.1.2 ร้อยละของการติดตามพัฒนาการ<br>1.1.3 การจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการ  |
| คำนิยาม              | 1) พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่าผ่านเกณฑ์ทุกด้าน จากการประเมินครั้งแรก(DSPM1) และหลังติดตามภายใน 30วัน (DSPM2)<br>2) ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1+3) ได้รับการคัดกรอง/ประเมินพัฒนาการ (DSPM1)<br>3) การติดตามกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (DSPM1) ได้รับการติดตามประเมินซ้ำภายใน 30วัน (DSPM2)<br>4) บริการกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง มีการจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | 1.1 พัฒนาการสมวัย อย่างน้อยร้อยละ 85<br>1.1.1 ร้อยละของความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ อย่างน้อยร้อยละ 80<br>1.1.2 ร้อยละของการติดตามพัฒนาการ ร้อยละ 90<br>1.1.3 การจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการ อำเภอละ 1 แห่ง  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | เด็กกลุ่มอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนทุกคน   |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม /HDC และ ทะเบียนติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า   |
| แหล่งข้อมูล          | รพ.สต./PCU/รพ.  |
| รายการข้อมูล 1.1.1   | A1 = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ<br>B1 = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือนทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ   |
| รายการข้อมูล 1.1.2   | A2 = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามประเมินซ้ำภายใน 30วัน<br>B2 = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | (A/B) x ๑๐๐   |

| เกณฑ์การให้คะแนน      | ตัวชี้วัดย่อยผ่าน 2 ใน 3 ข้อ = ผ่าน |                  |                   |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------|-------------------|
|                       | ตัวชี้วัดย่อย                       | ผ่าน             | ไม่ผ่าน           |
|                       | ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ      | ร้อยละ 80 ขึ้นไป | น้อยกว่าร้อยละ 80 |
|                       | การติดตามพัฒนาการ                   | ร้อยละ 90 ขึ้นไป | น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| บริการกระตุ้นพัฒนาการ | มี                                  | ไม่มี            |                   |

## 1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

| ตัวชี้วัด            | 1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน   |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
|----------------------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-------|---|--------------|-------|---------|-------|---------|-------|------------|-------|----------|-------|------------|-------|-----------|-------|--------|-------|------------|-------|-----|-------|-------|---|---|---|---|---|--------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| คำนิยาม              | <p><b>เด็กอายุ 0 -5 ปี หมายถึง</b> เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p><b>สูงดี หมายถึง</b> เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (WHO) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p><b>สมส่วน หมายถึง</b> เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (WHO) โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p><b>สูงดีสมส่วน หมายถึง</b> เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p>  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | ร้อยละ 51  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | เด็กอายุ 0-5 ปี  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม /HDC   |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| แหล่งข้อมูล          | รพ.สต./PCU/รพ.   |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| รายการข้อมูล         | A = จำนวนเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน<br>B = จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $(A/B) \times 100$   |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| เกณฑ์การให้คะแนน     | <p>Based line</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ไตรมาส4 ปี2559)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมืองสระแก้ว</td> <td>53.56</td> </tr> <tr> <td>คลองหาด</td> <td>46.16</td> </tr> <tr> <td>ตาพระยา</td> <td>55.21</td> </tr> <tr> <td>วังน้ำเย็น</td> <td>38.96</td> </tr> <tr> <td>วัฒนานคร</td> <td>43.12</td> </tr> <tr> <td>อรัญประเทศ</td> <td>48.69</td> </tr> <tr> <td>เขาฉกรรจ์</td> <td>49.62</td> </tr> <tr> <td>โคกสูง</td> <td>42.60</td> </tr> <tr> <td>วังสมบูรณ์</td> <td>44.14</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>48.22</td> </tr> </tbody> </table> <p>การให้คะแนน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>เพิ่มขึ้น 2<br/>%</td> <td>เพิ่มขึ้น 3<br/>%</td> <td>เพิ่มขึ้น 4<br/>%</td> <td>เพิ่มขึ้น 5<br/>%</td> <td>เพิ่มขึ้น 6<br/>%</td> </tr> </tbody> </table> |                  |                  |                  |                  | อำเภอ | ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ไตรมาส4 ปี2559) | เมืองสระแก้ว | 53.56 | คลองหาด | 46.16 | ตาพระยา | 55.21 | วังน้ำเย็น | 38.96 | วัฒนานคร | 43.12 | อรัญประเทศ | 48.69 | เขาฉกรรจ์ | 49.62 | โคกสูง | 42.60 | วังสมบูรณ์ | 44.14 | รวม | 48.22 | คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ร้อยละ | เพิ่มขึ้น 2<br>% | เพิ่มขึ้น 3<br>% | เพิ่มขึ้น 4<br>% | เพิ่มขึ้น 5<br>% | เพิ่มขึ้น 6<br>% |
| อำเภอ                | ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ไตรมาส4 ปี2559)  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| เมืองสระแก้ว         | 53.56  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| คลองหาด              | 46.16  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| ตาพระยา              | 55.21  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| วังน้ำเย็น           | 38.96  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| วัฒนานคร             | 43.12  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| อรัญประเทศ           | 48.69  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| เขาฉกรรจ์            | 49.62  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| โคกสูง               | 42.60  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| วังสมบูรณ์           | 44.14  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| รวม                  | 48.22  |                  |                  |                  |                  |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| คะแนน                | 1  | 2                | 3                | 4                | 5                |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |
| ร้อยละ               | เพิ่มขึ้น 2<br>%   | เพิ่มขึ้น 3<br>% | เพิ่มขึ้น 4<br>% | เพิ่มขึ้น 5<br>% | เพิ่มขึ้น 6<br>% |       |   |              |       |         |       |         |       |            |       |          |       |            |       |           |       |        |       |            |       |     |       |       |   |   |   |   |   |        |                  |                  |                  |                  |                  |

### 1.3 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

|   |   |  |
|---|---|--|
| ตัวชี้วัด   | 1.3 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี<br>1.3.1 อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน<br>1.3.2 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น   |  |
| คำนิยาม:  | การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น จังหวัดสระแก้ว ปี 2560 เน้น 3 ประเด็น ดังนี้<br>1.การบริหารจัดการระดับอำเภอ“ขับเคลื่อนอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน”<br>2.ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น<br>3.อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี |  |
| รายการ  | ประชากรกลุ่มเป้าหมาย  | เกณฑ์เป้าหมาย  |
| 1.อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์                                  | ชายและหญิงวัยรุ่น<br>อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์  | ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ |
| 2.วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ                                       | วัยรุ่นหลังคลอด/แท้ง  | ลดลงจากปีที่แล้ว   |
| 3.อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 50 ต่อพันประชากร | หญิงวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี   | ไม่เกิน 50 ต่อ 1,000 ของประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี               |
| ระยะเวลาประเมินผล   | ทุก 3 เดือน   |  |
| วิธีการประเมินผล  | 1.แบบประเมินตนเองอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์<br>2.รายงานผลงานผ่านโปรแกรม HDC   |  |
| แหล่งข้อมูล   | รพ./รพ.สต. / สสอ.   |  |
| รายการข้อมูล 2.   | A = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป<br>B = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด<br>**สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐   |  |
| รายการข้อมูล 3.   | A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากโรงพยาบาล)<br>B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร)<br>**สูตรคำนวณ (A/B) x ๑,0๐๐  |  |
| <b>เกณฑ์การให้คะแนน</b>                                     |   |  |
| ตัวชี้วัดย่อย   | ผ่าน  | ไม่ผ่าน  |
| อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์                                    | ผ่านเกณฑ์ประเมินจากศูนย์อนามัย  | ยังไม่ประเมินหรือประเมินไม่ผ่านเกณฑ์                           |
| วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ   | ลดลงจากปีที่แล้ว  | เท่ากับหรือเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว                               |
| อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี                            | ไม่เกิน 50 ต่อพันประชากร  | มากกว่า 50.01 ต่อพันประชากร ขึ้นไป                             |

| เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ |                      |    |                      |    |                          |
|----------------------|----------------------|----|----------------------|----|--------------------------|
| คะแนน                | 1                    | 2  | 3                    | 4  | 5                        |
| ร้อยละ               | ผ่าน 1 ตัวชี้วัดย่อย | -- | ผ่าน 2 ตัวชี้วัดย่อย | -- | ผ่านทั้ง 3 ตัวชี้วัดย่อย |

| Based line ร้อยละการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น (ปี 2559 จาก HDC) |       |     |        |  |
|---|-------|-----|--------|--|
| อำเภอ   | A     | B   | ร้อยละ |  |
| เมืองสระแก้ว  | 425   | 51  | 12.00  |  |
| คลองหาด   | 57    | 13  | 22.81  |  |
| ตาพระยา   | 48    | 10  | 20.83  |  |
| วังน้ำเย็น  | 118   | 21  | 17.8   |  |
| วัฒนานคร  | 54    | 14  | 25.93  |  |
| อรัญประเทศ  | 266   | 36  | 13.53  |  |
| เขาฉกรรจ์   | 57    | 10  | 17.54  |  |
| โคกสูง  | 0     | 0   | 0      |  |
| วังสมบูรณ์  | 0     | 0   | 0      |  |
| รวม   | 1,025 | 155 | 15.12  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>เอกสารสนับสนุน</b>                                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</li> <li>แบบประเมินตนเองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</li> <li>คู่มือการดำเนินงานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน</li> <li>แบบประเมินตนเองบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับบูรณาการ</li> </ol>  |
| <b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/<br/>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>นางล่องจันทร์ คำภีรานนท์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ<br/>โทรศัพท์มือถือ : 088-506-4756 e-mail : chan_smlk@hotmail.com</li> <li>นางสาวปวีณภัสสร คล้าศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>โทรศัพท์มือถือ : 089-831-5944 e-mail : weenapas@hotmail.com</li> <li>นางสาวสุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>โทรศัพท์มือถือ : 084-710-7543 e-mail : suleerat.p@hotmail.com</li> </ol> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> |

|                      |   |
|----------------------|---|
| ตัวชี้วัด            | ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์   |
| คำนิยาม              | <p>ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว</li> <li>2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</li> <li>3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล</li> <li>6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)</li> <li>๗. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล</li> </ol> <p><b>หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</b></p> <p>ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.</p> |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | ร้อยละ 50 ของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ตำบลในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 58 ตำบล  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | สรุปผลการประเมิน  |
| แหล่งข้อมูล          | คณะกรรมการประเมิน   |
| รายการข้อมูล 1.1     | A = ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์   |
| รายการข้อมูล 1.1     | B = จำนวนตำบลทั้งหมด  |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $(A/B) \times 100$  |



|   |   |
|---|---|
| ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ   | ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดสระแก้ว ที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital   |
| <b>คำนิยาม</b><br>สถานพยาบาล ที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ |   |
| <b>ระดับพื้นฐาน</b>   |   |
| <b>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</b>  |   |
| 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร                                   |   |
| <b>ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</b>  |   |
| G: GARBAGE  | 2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และ<br>3. มีการจัดการมูลฝอย ในสถานบริการ โดยการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ และกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล   |
| R: RESTROOM   | 4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก หรือในบริเวณพื้นที่ของ รพ.สต.  |
| E: ENERGY   | 5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร   |
| E: ENVIRONMENT  | 6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อน ที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ<br>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ   |
| N: NUTRITION  | 8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน กรณี รพ.สต. มีการปรุงประกอบอาหารสำหรับบุคลากรและบุคคลอื่น ต้องมีการประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน<br>9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย กรณี รพ.สต. มีร้านอาหารในเขต รพ.สต.ต้องประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (ไม่มี=ผ่าน)<br>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน |
| <b>ระดับดี</b>  |   |
|   | 11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ<br>12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (OPD) / รพ.สต. ร่วมต้องผ่านการประเมิน HAS  |
| <b>ระดับดีมาก</b>   |   |



|  |  |
|--|--|
|  | 13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน |
|  | 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community  |

| เกณฑ์เป้าหมาย                       |   |                                 |                                  |                                   |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ปีงบประมาณ 60                       | ปีงบประมาณ 61   | ปีงบประมาณ 62                   | ปีงบประมาณ 63                    | ปีงบประมาณ 64                     |
| รพ. ร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน | รพ. ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน  | รพ. ร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี | รพ. ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ ระดับดี | รพ. ร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก |
| <b>วัตถุประสงค์</b>                 | เพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดสระแก้ว มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital   |                                 |                                  |                                   |
| <b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>         | โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดสระแก้ว   |                                 |                                  |                                   |
| <b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด กรณี รพ.สต. บันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรวบรวมส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>2. กรอกข้อมูล carbonfootprint และบันทึกข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของกรมอนามัย</li> <li>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวม วิเคราะห์ และส่งรายงานรายไตรมาส ให้ศูนย์อนามัยเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของเขต</li> </ol> |                                 |                                  |                                   |
| <b>แหล่งข้อมูล</b>                  | โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดสระแก้ว   |                                 |                                  |                                   |
| <b>รายการข้อมูล 1</b>               | A = จำนวน รพ. และ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดสระแก้ว ที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ตามเกณฑ์ที่กำหนด   |                                 |                                  |                                   |
| <b>รายการข้อมูล 2</b>               | B = จำนวนโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว ทั้งหมด  |                                 |                                  |                                   |
| <b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>           | $(A/B) \times 100$  |                                 |                                  |                                   |
| <b>ระยะเวลาประเมินผล</b>            | ไตรมาส 2 และ 4  |                                 |                                  |                                   |

| เกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2560 :   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน   |  |
| 1. ร้อยละ 80 ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมสนับสนุนการดำเนินงาน | 1. ร้อยละ 60 ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมิน รพ. / รพ.สต.ตามเกณฑ์ | 1. ร้อยละ 80 ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมิน รพ. / รพ.สต.ตามเกณฑ์ | 1. ร้อยละ 100 ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมิน รพ. / รพ.สต.ตามเกณฑ์ |  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p>ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. ร้อยละ 80 ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีแผนพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>3. ร้อยละ 100 ของรพ. / รพ.สต. ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ผ่านการอบรม แนวทางการดำเนินงาน GREEN &amp; CLEAN และการบันทึกข้อมูล โปรแกรม carbonfootprint กรมอนามัย</p> | <p>GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. ร้อยละ 30 ของ ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน</p> <p>3. ร้อยละ 30 ของ ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการบันทึกข้อมูล carbonfootprint และ บันทึกข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของกรมอนามัย</p>   | <p>GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. ร้อยละ 60 ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน</p> <p>3. ร้อยละ 60 ของ ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการบันทึกข้อมูล carbonfootprint และ บันทึกข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของกรมอนามัย</p> | <p>GREEN &amp; CLEAN Hospital</p> <p>2. ร้อยละ 75 ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน</p> <p>3. ร้อยละ 75 ของ ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการบันทึกข้อมูล carbonfootprint และ บันทึกข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของกรมอนามัย</p> |
| <p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</li> <li>2. ทีมประเมินของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ทำการประเมินเพื่อรับรอง โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&amp;CLEAN Hospital</li> <li>3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส</li> <li>4. การตรวจสอบการบันทึกข้อมูล carbonfootprint และบันทึกข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของกรมอนามัย</li> </ol> |   |  |
| <p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คู่มือแนวทางการดำเนินกิจกรรม GREEN</li> <li>2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล</li> <li>3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน</li> </ol>   |   |  |
| <p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>  |   |   |  |
| <p><b>ประเภท</b></p>   | <p><b>จำนวน</b></p>   | <p><b>โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้าน GREEN และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</b></p>  |  |



**การดำเนินงานของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน  
และตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health ปี 2560 (คปสอ.ติดตาม)**

**1.อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ดำเนินการในระดับอำเภอ**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>ตัวชี้วัด</b>            | ระดับความสำเร็จของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ DHS (ระดับความสำเร็จของอำเภอบริหารจัดให้เกิดการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน)   |
| <b>คำนิยาม</b>              | อำเภอ หมายถึง กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่มีการดำเนินงานตามคุณลักษณะที่กำหนดในแต่ละด้านในระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนให้เป็น“อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน” ตามคุณลักษณะที่กำหนด<br>อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนตามคุณลักษณะที่กำหนด หมายถึง อำเภอที่มีการควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเฉพาะปี 2560 ตามเกณฑ์แบบประเมิน                  |
| <b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>        | อำเภอมีผลการดำเนินงานตามคุณลักษณะอำเภอป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ตามเกณฑ์ร้อยละ 90.00 –100.00 ได้คะแนน 10 คะแนน<br>ร้อยละ 89.99 – 80.00 ได้คะแนน 9 คะแนน<br>ร้อยละ 79.99 – 70.00 ได้คะแนน 8 คะแนน<br>ร้อยละ 69.99 – 60.00 ได้คะแนน 7 คะแนน<br>ร้อยละ 59.99 – 50.00 ได้คะแนน 6 คะแนน<br>น้อยกว่า ร้อยละ 49.99 ได้คะแนน 0 คะแนน |
| <b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b> | ทุกอำเภอ ในจังหวัดสระแก้ว   |
| <b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b> | การประเมินโดยกรรมการระดับจังหวัด อำเภอสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส   |
| <b>แหล่งข้อมูล</b>          | จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน และเว็บไซต์ของสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค รายงาน และการประเมิน  |
| <b>รายการข้อมูล 1</b>       | แฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน  |
| <b>รายการข้อมูล 2</b>       | และเว็บไซต์ของสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค   |
| <b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>   | อำเภอมีผลการดำเนินงานตามคุณลักษณะอำเภอป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ตามเกณฑ์ร้อยละ 90.00 –100.00 ได้คะแนน 10 คะแนน<br>ร้อยละ 89.99 – 80.00 ได้คะแนน 9 คะแนน<br>ร้อยละ 79.99 – 70.00 ได้คะแนน 8 คะแนน<br>ร้อยละ 69.99 – 60.00 ได้คะแนน 7 คะแนน<br>ร้อยละ 59.99 – 50.00 ได้คะแนน 6 คะแนน<br>น้อยกว่า ร้อยละ 49.99 ได้คะแนน 0 คะแนน |
| <b>ระยะเวลาประเมินผล</b>    | เดือนมีนาคม และเดือนมิถุนายน 2560   |

| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | baseline data  | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ |      |      |
|-------------------------|--|----------|-----------------------------------|------|------|
|                         |  |          | 2557                              | 2558 | 2559 |
|                         | ผลการประเมิน<br>คุณลักษณะอำเภอ<br>ป้องกันควบคุมโรค<br>เข้มแข็งแบบยั่งยืน | ร้อยละ   | 70                                | 80   | 90   |

### เกณฑ์การประเมิน

#### ด้านที่ 1 มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ (10คะแนน)

มีการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ

แต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ

#### ด้านที่ 2 มีคณะกรรมการการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ (10คะแนน)

มีการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ

#### ด้านที่ 3 มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

และมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม (10 คะแนน)

- 1) มีการกำหนดแผน วิธีการ/แนวทางและผู้รับผิดชอบในการประเมินผลความสำเร็จของแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่
- 2) มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ร่วมกับท้องถิ่น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชนในการป้องกันควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่
- 3) มีการซ่อมแผนรองรับการควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ ด้านสาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 4) มีรายงานความก้าวหน้า ผลการติดตามการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ เสนอต่อคณะกรรมการ ในระหว่างปีอย่างน้อย 1 ครั้ง
- 5) มีรายงานการประเมินผลความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ตามแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่

#### ด้านที่ 4 มีผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (60 คะแนน)

1. มีระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ (20คะแนน)
2. มีผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2 โรค และโรค/ภัยสุขภาพเป็นปัญหาในพื้นที่ 3 โรค (40 คะแนน)

#### ด้านที่ 5 มีผลงานเด่น (Best Practice ) (10คะแนน)

- 1) มีนวัตกรรม กิจกรรมเด่น (5 คะแนน)
- 2) มีการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนาในปีต่อไป (5 คะแนน)

| เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส   |  |  |   |
|--|--|--|---|
| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน  |
| <p>1.มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ</p> <p>2.ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดัอำเภอ</p> <p>3.มีการวางแผน การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p> | <p>1.มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ</p> <p>2.ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ</p> <p>3.มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผล การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p> | <p>1.มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ</p> <p>2.ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ</p> <p>3.มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผล การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>4.มีผลสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ</p> | <p>1. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ</p> <p>2.ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ</p> <p>3.มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผล การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>4.มีผลสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ</p> <p>5.มีผลงานเด่นและสรุปผลการดำเนินงาน</p> |
| <p>วิธีการประเมินผล</p>  | <p>1.ประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน</p> <p>2.ประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด</p>  |  |   |
| <p>เอกสารสนับสนุน</p>  | <p>คู่มือแนวทางการดำเนินงาน</p>  |  |   |

## 2. ตำบลสุขภาพหนึ่งเดียวดำเนินการระดับตำบล แต่วัดความสำเร็จระดับตำบล/อำเภอ

|                      |   |
|----------------------|---|
| ตัวชี้วัด            | ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)   |
| คำนิยาม              | <p>ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health หมายถึง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสนับสนุนส่งเสริม และพัฒนาตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว ให้บรรลุการดำเนินงาน 5 ประเด็น ตามแนวทางของคุณลักษณะตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health</p> <p>ตำบล หมายถึง กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่มีการดำเนินงานตามคุณลักษณะที่กำหนดในแต่ละด้านในระดับตำบล เพื่อขับเคลื่อนให้เป็น “ตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health” ตามคุณลักษณะที่กำหนด</p> <p>ตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health ตามคุณลักษณะที่กำหนด หมายถึง ตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health ที่แต่ละอำเภอกำหนด</p> <p>เกณฑ์การประเมินคุณลักษณะตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health วัดผลการดำเนินงาน ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</li> <li>2. มีระบบระบาดวิทยาในระดับตำบลที่ดี</li> <li>3. มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม</li> <li>4. ความสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคนโยบายที่สำคัญ 2 โรค คือโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free Zone) และโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่อีกอย่างน้อย 1 โรค</li> <li>5. มีผลงานเด่น (Best Practice )</li> </ol> |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระดับตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> <li>2. ระดับอำเภอต้องมีตำบลผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> </ol>   |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทุกตำบล มีการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | การประเมิน , ตำบลสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส  |
| แหล่งข้อมูล          | จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $\frac{\text{ตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน}}{\text{ตำบลที่ดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียวทั้งหมด}} \times 100$   |
| ระยะเวลาประเมินผล    | เดือนมีนาคม และเดือนมิถุนายน 2560   |

| รายละเอียดข้อมูล<br>พื้นฐาน | baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ<br>..... |      |      |
|-----------------------------|---------------|----------|--|------|------|
|                             |               |          | 2557                                       | 2558 | 2559 |
|                             | ตำบลต้นแบบ    | แห่ง     | 9  | 42   | 48   |

### เกณฑ์การประเมิน

#### ด้านที่ 1 ศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล

1. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล (2 คะแนน)

2. มีคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล (8 คะแนน)

- 1) มีคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล ประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ(ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง) ท้องถิ่น(เทศบาล/อบต.) ภาคประชาชน(อสม./ผู้นำชุมชน/องค์กรพัฒนาเอกชน)
- 2) มีรายงานการประชุมของคณะกรรมการฯ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยไตรมาส ละ 1 ครั้ง
- 3) มีการวิเคราะห์สถานการณ์มากำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหามาใช้ในการดำเนินงาน
- 4) มีการติดตามผลการดำเนินงานตามมติการประชุมคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ

#### ด้านที่ 2 ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับตำบล

1) มี SRRT One Health ระดับตำบล มีความพร้อมและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ(10 คะแนน)

2) มีระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและฐานข้อมูล ครบ 3 ด้าน ดังนี้ (10 คะแนน)

2.1) ระบบการเฝ้าระวังโรคในคน รายงาน 506

2.2) ระบบการเฝ้าระวังโรคในสัตว์ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ทะเบียนสุนัข แมว

2.3) ระบบการเฝ้าระวังโรคในสิ่งแวดล้อม การกำจัดสิ่งปฏิกูล ขยะ และการร้องเรียนเหตุรำคาญ เช่น เสียง

กลิ่น ฯลฯ

3) มีระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (10 คะแนน)

3.1) ระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน มีคุณลักษณะดังนี้

- ดำเนินการตรวจจับการระบาดจากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ย้อนหลัง 12

เดือน)

- มีการจัดทำหรือนำเสนอรายงานสถานการณ์ทุกเดือน

3.2) ระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรค/ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มีคุณลักษณะดังนี้

- มีข้อมูลเฝ้าระวัง/การสำรวจด้านปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Behavior, Risk factor)
- มีการนำเสนอรายงานสถานการณ์เฝ้าระวัง/การสำรวจอย่างน้อย 1 ฉบับ

#### ด้านที่ 3 มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม

1. มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผล การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (5 คะแนน)

1) มีการกำหนดแผน วิธีการ/แนวทางและผู้รับผิดชอบในการประเมินผลความสำเร็จของแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่

2) มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ร่วมกับท้องถิ่น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชนในการป้องกัน



ควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่

3) มีการซ่อมแผนรองรับการควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ ด้านสาธารณสุขระดับตำบล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4) มีรายงานความก้าวหน้า ผลการติดตามการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียว ในระหว่างปีอย่างน้อย 1 ครั้ง

5) มีรายงานการประเมินผลความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ตามแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่

## 2.มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม (5 คะแนน)

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล ,อบต. มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

2) กองทุนสุขภาพชุมชน จัดสรรทรัพยากรเพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม (มีแผนการทำงานและการ ใช้เงิน)

3) หน่วยงานอื่นๆ เช่น ปศุสัตว์ เกษตร องค์กรเอกชน วัด ประชาชน จัดสรรทรัพยากรและร่วมดำเนินงาน เพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

4) โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (CUP ) จัดสรรทรัพยากรเพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

## ด้านที่ 4 มีผลสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (30 คะแนน)

### 1) โรคนโยบายที่สำคัญของจังหวัดโรคพิษสุนัขบ้า (10 คะแนน)

ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2560 (ร้อยละ 80 ของตำบลในจังหวัดสระแก้ว ผ่านระดับ A)

ระดับพื้นที่ A พื้นที่ไม่พบรายงานโรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ สุนัข/แมว ได้รับวัคซีนครอบคลุมร้อยละ 80 ขึ้นไป

B พื้นที่ไม่พบรายงานโรคพิษสุนัขบ้าในคน สุนัข/แมว ได้รับวัคซีนครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ 80

C พื้นที่ที่พบรายงานโรคพิษสุนัขบ้าในคนหรือสัตว์

การให้คะแนน

1.1 ร้อยละ 80 ของหมู่บ้านในตำบลผ่านเกณฑ์ระดับ A ได้ 10 คะแนน

1.2 ร้อยละ 80 ของหมู่บ้านในตำบลผ่านเกณฑ์ระดับ B ได้ 5 คะแนน

1.3 ร้อยละ 80 ของหมู่บ้านในตำบลผ่านเกณฑ์ระดับ C ได้ 0 คะแนน

### 2) ให้ดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ (10 คะแนน)

#### 2.1 มีผลสำเร็จของการดำเนินงาน จำนวน 1 หมู่บ้าน

1) ทบทวน วิเคราะห์ข้อมูล สำนวณพฤติกรรมเสี่ยง ในประชาชนกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป (1 คะแนน)

2) สื่อสารความรู้ให้ประชาชนเพื่อสร้างความรู้และหรือเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (1 คะแนน)

3) จัดกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาค้นหาได้จากกรวิเคราะห์โรคหนองพยาธิของชุมชน (1

คะแนน)

2.2 ตรวจอุจจาระ เพื่อค้นหาผู้เป็นโรคหนองพยาธิและรักษาผู้เป็นโรคหนองพยาธิ ในประชาชน กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (6 คะแนน)

2.3 สรุปผลกิจกรรมและการดำเนินงาน (1 คะแนน)

3) โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ด้าน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ปี 2560 อีก 1 โรค/ภัยสุขภาพ (10 คะแนน)  
คะแนนตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโรคที่เลือก (ตาม Template อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน)

| ผ่านเกณฑ์ร้อยละ | คะแนนที่ได้ |
|-----------------|-------------|
| 80 ขึ้นไป       | 6           |
| 70-79           | 5           |
| 60-69           | 4           |
| 50-59           | 3           |
| 40-49           | 2           |
| 30-39           | 1           |
| ต่ำกว่า 30      | 0           |

ด้านที่ 5 มีผลงานเด่น (Best Practice )

- 1) มีนวัตกรรม กิจกรรมเด่น ด้านสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล (10 คะแนน)
- 2) มีการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนาในปีต่อไป (10 คะแนน)

เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส

| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน   |
|--|---|---|--|
| 1.มีการจัดตั้ง<br>ศูนย์ประสานงาน<br>เครือข่ายสุขภาพ<br>หนึ่งเดียวระดับ<br>ตำบล<br>2.ระบบระบาด<br>วิทยาที่ดีในระดับ<br>ตำบล<br>3.มีการวางแผน<br>การป้องกัน<br>ควบคุมโรคและ<br>ภัยสุขภาพ | 1.มีการจัดตั้งศูนย์<br>ประสานงานเครือข่าย<br>สุขภาพหนึ่งเดียวระดับ<br>ตำบล<br>2.ระบบระบาดวิทยาที่ดี<br>ในระดับตำบล<br>3.มีการวางแผน การ<br>ดำเนินงานตามแผน<br>กำกับติดตามและ<br>ประเมินผล การป้องกัน<br>ควบคุมโรคและภัย<br>สุขภาพ | 1.มีการจัดตั้งศูนย์<br>ประสานงานเครือข่ายสุขภาพ<br>หนึ่งเดียวระดับตำบล<br>2.ระบบระบาดวิทยาที่ดีใน<br>ระดับตำบล<br>3.มีการวางแผน การ<br>ดำเนินงานตามแผน กำกับ<br>ติดตามและประเมินผล การ<br>ป้องกันควบคุมโรคและภัย<br>สุขภาพ<br>4.มีผลสำเร็จของการ<br>ดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว | 1.มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน<br>เครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับ<br>ตำบล<br>2.ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับ<br>ตำบล<br>3.มีการวางแผน การดำเนินงานตาม<br>แผน กำกับติดตามและประเมินผล<br>การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ<br>4.มีผลสำเร็จของการดำเนินงาน<br>สุขภาพหนึ่งเดียว<br>5.มีผลงานเด่นและสรุปผลการ<br>ดำเนินงาน |

|  |   |
|--|---|
| <p>สรุปเกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. (คปสอ.ติดตาม) ตัวชี้วัดของการดำเนินงานของอำเภอควบคุมโรค<br/>เข้มแข็งแบบยั่งยืนและตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health ปี 2560<br/>อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง 10 คะแนนเต็ม</p> |   |
| ผ่านเกณฑ์ร้อยละ  | คะแนนที่ได้   |
| 90.00 – 100.00   | 10  |
| 89.99 – 80.00  | 9   |
| 69.99 – 60.00  | 8   |
| 59.99 – 50.00  | 7   |
| 59.99 – 50.00  | 6   |
| ต่ำกว่า 49.99  | 0   |
| <p>ร้อยละ 80 ของตำบลที่ดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) 10<br/>คะแนนเต็ม<br/>***ทุกตำบลมีการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว</p>   |   |
| ตำบลผ่านเกณฑ์ร้อยละ  | คะแนนที่ได้   |
| 80 ขึ้นไป  | 10  |
| 70-79  | 8   |
| 60-69  | 6   |
| 50-59  | 4   |
| 40-49  | 2   |
| ต่ำกว่า 40   | 0   |
| วิธีการประเมินผล   | <p>1.ประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน<br/>2.ประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด</p>  |
| เอกสารสนับสนุน   | คู่มือแนวทางการดำเนินงาน  |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้<br>ประสานงานตัวชี้วัด   | <p>นายสมเกียรติ ทองเล็ก ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ<br/>ต่อ 309 มือถือ 08-1940-7947 E-mail : <a href="mailto:somkeat_sk@hotmail.com">somkeat_sk@hotmail.com</a><br/>นายสุธี วรรณมา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>มือถือ 0 80091 7642 E-mail : <a href="mailto:sut_70@hotmail.com">sut_70@hotmail.com</a><br/>นายประวิทย์ คำนึ่ง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>มือถือ 08-1295-9387 E-mail : <a href="mailto:sukhothai53@hotmail.com">sukhothai53@hotmail.com</a><br/>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ<br/>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทร 037 425141-4</p> |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ | ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง  |
| คำนิยาม                 | <p><b>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC)</b><br/>หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากร ให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงาน ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย</p> <p><b>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT)</b> หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p><b>Incident Action Plan (IAP)</b> หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> |

## เกณฑ์เป้าหมาย :

| ชื่อตัวชี้วัด  | หน่วยวัด | เป้าหมายการดำเนินงาน |           |           |           |            |
|--|----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
|  |          | 2560                 | 2561      | 2562      | 2563      | 2564       |
| อำเภอมีคะแนนศูนย์ EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | ร้อยละ   | ร้อยละ 80            | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 | ร้อยละ 100 |

ปี 2560 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)

ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย

ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้

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

ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้

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

| ระดับ 1   | ระดับ 2   | ระดับ 3   | ระดับ 4   | ระดับ 5   |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ร้อยละ 70 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 |

|                      |   |
|----------------------|---|
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทุกอำเภอ                                |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ |

|                    |  |
|--------------------|--|
| แหล่งข้อมูล        | ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ                  |
| รายการข้อมูล 1     | A = จำนวนอำเภอที่มีคะแนน EOC และ SAT ผ่านร้อยละ 80 |
| รายการข้อมูล 2     | B = จำนวนอำเภอทั้งหมด                              |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$                                 |
| ระยะเวลาประเมินผล  | ไตรมาส 1 - ไตรมาส 4                                |

**เกณฑ์การประเมิน :**

รอบแรก ประเมินชั้นตอนที่ 1-3 ถ่วงน้ำหนัก 100 คะแนน /รอบที่ 2 ประเมิน 1-5 คะแนนรวม 100 คะแนน

|              |                    |              |              |
|--------------|--------------------|--------------|--------------|
| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน        | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน |
| ชั้นตอนที่ 1 | ชั้นตอนที่ 2 และ 3 | ชั้นตอนที่ 4 | ชั้นตอนที่ 5 |

**วิธีการประเมินผล :**

| ชั้นตอนที่                  | รายละเอียดการดำเนินงาน   | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล   |
|-----------------------------|--|--|
| 1 ระบบปฏิบัติการ (10 คะแนน) | -จัดทำโครงสร้างระบบ ICS รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC) (5 คะแนน)<br>- จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ (5 คะแนน)  | - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบ ICS และศูนย์ EOC ระดับอำเภอ<br>- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ |
| 2 EOC (15 คะแนน)            | -จัดเตรียมสถานที่/อุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ EOC (5 คะแนน)<br>- จัดระบบเฝ้าระวังและรายงาน กรณีเกิด สาธารณภัย (5 คะแนน)<br>-มีแผนงานโครงการ EOC&SAT (5 คะแนน)   | - สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิด ศูนย์ EOC<br>-flow chart SAT /ระบบเฝ้าระวังโรคระบาดและสาธารณภัย<br>- แผนงาน/โครงการ                   |
| 3 แผนงาน/โครงการ (15 คะแนน) | - วิเคราะห์ และจัดลำดับสาธารณภัยที่เสี่ยงในพื้นที่ (2 คะแนน)<br>- ทีม SAT ระดับอำเภอได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงาน/อบรมพื้นฐาน (3 คะแนน)<br>- จัดทำแผนตอบโต้ฯ สาธารณภัยที่เสี่ยงในพื้นที่ (5 คะแนน)<br>- แผนประกอบกิจการ (5 คะแนน) | - แบบสรุป<br>- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน<br>- มีแผนตอบโต้ฯ กรณีที่เป็นสาธารณภัย<br>- แผนประกอบกิจการ       |
| 4 ผลงาน (40 คะแนน)          | - ดำเนินการตามแผนงานโครงการจนแล้วเสร็จ (10 คะแนน)<br>- การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ EOC &ICS ระดับอำเภอ  | - สรุปผลงานตามแผนงาน/โครงการ<br>-สรุปรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิด EOC ระดับอำเภอ  |

|  | <p>อย่างน้อย 1 ครั้ง (10 คะแนน)</p> <p>- เปิดศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ และจัดทำ Action Plan และดำเนินการตอบโต้ฯ (หรือกรณีไม่มีสาธารณสุขณภัยต้อง ซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณสุขในพื้นที่ 2 ครั้ง/ปี) (20 คะแนน)</p> | <p>- รายงานประชุมเปิด-ปิดแผนสาธารณสุขภัย Action Plan หรือสรุปผลการซ่อมแผนฯ</p> <p>หรือสรุปผลการซ่อมแผนฯ กรณีไม่เกิดสาธารณสุขภัยในพื้นที่</p>  |                                      |   |  |  |  |      |      |      |  |   |   |   |
|--|--|---|--------------------------------------|---|--|--|--|------|------|------|--|---|---|---|
| 5<br>ผลงานเด่น<br>(20 คะแนน)                       | <p>- มีนวัตกรรม Excellence OEC ระดับอำเภอ อำเภอ/วิจัย ฯลฯ (10 คะแนน)</p> <p>- สรุปผลงาน/ถอดบทเรียน (10 คะแนน)</p>  | <p>- เอกสารเป็นรูปธรรม</p>  |                                      |   |  |  |  |      |      |      |  |   |   |   |
| <p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>                     |  | <p>1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564</p> <p>2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค</p>   |                                      |   |  |  |  |      |      |      |  |   |   |   |
| <p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>              |  | <p><b>Baseline data</b></p> <p>อำเภอมีคะแนน ศูนย์ EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ 80</p>  | <p><b>หน่วยวัด</b></p> <p>ร้อยละ</p> | <p><b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> |  |  |  | 2557 | 2558 | 2559 |  | - | - | - |
|  | 2557   | 2558  | 2559                                 |   |  |  |  |      |      |      |  |   |   |   |
|  | -  | -   | -                                    |   |  |  |  |      |      |      |  |   |   |   |
| <p><b>ผู้ให้ข้อมูล / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p> |  | <p>1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรศัพท์มือถือ : 0 81940 7947<br/>โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100</p> <p>2. นายสมบัติ พึ่งเกษม ผู้รับผิดชอบงาน<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141 โทรศัพท์มือถือ : 0 81295 0985<br/>โทรสาร : 0 3742 5141 ต่อ 100 E-mail : abc1669@hotmail.com</p> |                                      |   |  |  |  |      |      |      |  |   |   |   |

### 1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

|  |   |   |                            |  |            |   |
|--|---|---|----------------------------|--|------------|---|
| ตัวชี้วัด  | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี   |   |                            |  |            |   |
| คำนิยาม  | ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึงค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี และ น้อยกว่าร้อยละ 8 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป |   |                            |  |            |   |
| เกณฑ์เป้าหมาย  | มากกว่าร้อยละ 40  |   |                            |  |            |   |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด  |   |                            |  |            |   |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล   | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ   |   |                            |  |            |   |
| แหล่งข้อมูล  | ฐานข้อมูล 43 แห่ง   |   |                            |  |            |   |
| รายการข้อมูล 1   | A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี<br>A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี  |   |                            |  |            |   |
| รายการข้อมูล 2   | B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด<br>B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด  |   |                            |  |            |   |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด  | $(A2/B2) \times 100$  |   |                            |  |            |   |
| ระยะเวลาประเมินผล  | ไตรมาส 1 และ 3 (ตามรอบการตรวจราชการปกติ)  |   |                            |  |            |   |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน  | Basline data  | หน่วยวัด  | ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ. |  |            |   |
|  | 23.39 (HDC)   | ร้อยละ  | 2557 (HDC)                 | 2558 (HDC)   | 2559 (HDC) | 2560 $\geq 40$ (HDC)  |
|  |   |   |                            |  |            |   |
| <b>เกณฑ์การประเมิน</b>   |   |   |                            |  |            |   |
| รอบ 3 เดือน  |   | รอบ 6 เดือน   |                            | รอบ 9 เดือน  |            | รอบ 12 เดือน  |
| 1.รพ. ประเมินตนเองการดำเนินการพัฒนาตามแนวทางคลินิก NCD Clinic plus<br>2.มีข้อมูล ผู้ป่วยDMHT ที่ควบคุมไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย<br>3.มีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายกลุ่มรายบุคคล<br>3.มีแผนกิจกรรมดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง/การจัดการตนเอง<br>4.มีระบบทะเบียนข้อมูลที่ |   | 1.จังหวัด ติดตามผลการประเมินตนเองและผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของหน่วย/สถานบริการสาธารณสุข<br>2.การดำเนินงานตามแผนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง/การจัดการตนเอง<br>3. มีการเชื่อมโยง |                            | 1.อำเภอ / จังหวัดวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของคลินิก NCD clinic plus ภาพรวมของอำเภอ/จังหวัด<br>2.สรุปผลรอบ 6 เดือน เพื่อหาแนวทางเร่งรัดแก้ไขใน CUP ที่ยังไม่บรรลุผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด<br>3.มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพป้องกันควบคุม DM, HT,CVD ของ |            | 1.สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 60<br>2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้มากกว่าร้อยละ 40<br>3.มีข้อมูลที่ต้องเพื่อให้ผู้บริหารระดับอำเภอ/จังหวัด ใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย |





## 2. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

|  |   |   |  |   |            |                      |
|--|---|---|--|---|------------|----------------------|
| ตัวชี้วัด  | ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี  |   |  |   |            |                      |
| คำนิยาม  | ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน / ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง สุกท้ายติดต่อกัน <140/90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ |   |  |   |            |                      |
| เกณฑ์เป้าหมาย  | มากกว่าร้อยละ 50  |   |  |   |            |                      |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย   | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด  |   |  |   |            |                      |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล   | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ   |   |  |   |            |                      |
| แหล่งข้อมูล  | ฐานข้อมูล 43 แพ้ม   |   |  |   |            |                      |
| รายการข้อมูล 1   | A1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี<br>A2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี  |   |  |   |            |                      |
| รายการข้อมูล 2   | B1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด<br>B2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด  |   |  |   |            |                      |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด  | $(A2/B2) \times 100$  |   |  |   |            |                      |
| ระยะเวลาประเมินผล  | ไตรมาส 1 และ 3 (ตามรอบการตรวจราชการปกติ)  |   |  |   |            |                      |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน  | Basline data  | หน่วยวัด  | ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.                                     |   |            |                      |
|  | 23.93 (HDC)   | ร้อยละ  | 2557 (HDC)   | 2558 (HDC)  | 2559 (HDC) | 2560 $\geq 50$ (HDC) |
| <b>เกณฑ์การประเมิน</b>   |   |   |  |   |            |                      |
|  | รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน  |            |                      |
| 1.รพ. ประเมินตนเองการดำเนินการพัฒนาตามแนวทางคลินิก NCD Clinic plus | 1.จังหวัด ติดตามผลการประเมินตนเอง และผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของหน่วย/สถานบริการสาธารณสุข   | 1.อำเภอ / จังหวัด วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของคลินิก NCD clinic plus ภาพรวมของอำเภอ/จังหวัด | 1.สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 60  | 2.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ มากกว่าร้อยละ 50                        |            |                      |
| 2.มีข้อมูล ผู้ป่วย DMHT ที่ควบคุมไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย              | 2.การดำเนินงานตามแผนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง/การจัดการตนเอง  | 2.สรุปผลรอบ 6 เดือน เพื่อหาแนวทางเร่งรัดแก้ไขในCUP ที่ยังไม่บรรลุผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด               | 2.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ มากกว่าร้อยละ 50 | 3.มีข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้ผู้บริหารระดับอำเภอ/จังหวัดใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย |            |                      |
| 3.มีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายกลุ่ม รายบุคคล                            | 3. มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่าง รพ.สต.   |   |  |   |            |                      |



### 3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| ตัวชี้วัด   | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)   |   |  |   |
| คำนิยาม   | ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า   |   |  |   |
| เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %   |  |   |  |   |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย  | จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ<br>หมายเหตุ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน Type area 1 และ 3 หมายถึง<br>1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง<br>2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ |   |  |   |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล  | จากการรายงานผลการคัดกรองโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค  |   |  |   |
| แหล่งข้อมูล   | โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข  |   |  |   |
| รายการข้อมูล 1  | A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)   |   |  |   |
| รายการข้อมูล 2  | B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ  |   |  |   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด  | $(A/B) \times 100$   |   |  |   |
| ระยะเวลาประเมินผล   | ไตรมาส 1 และ 3 (ตามรอบการตรวจราชการปกติ)   |   |  |   |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน   |  |   |  |   |
| Baseline data   | หน่วยวัด   | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.            |  |   |
|   |  | 2557  | 2558   | 2559  |
| ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)                | ร้อยละ   | -   | -  | 62.75<br>(จากรายงานไตรมาส)  |
| เกณฑ์การประเมิน   |  |   |  |   |
| รอบ 3 เดือน   |  | รอบ 6 เดือน                                   | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน  |
| 1. ค้นหาผู้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD (การประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู้ป่วย DMHT)<br>2.การจัดการ หลังการประเมินในกลุ่ม CVD risk |  | 1.ประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู้ป่วย DMHT | 1.ประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู้ป่วย DMHT 60%<br>2.สรุปผลรอบ 6 | 1. ประเมิน โอกาสเสี่ยง CVD risk ในผู้ป่วย DMHT 80%<br>2.มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เข้มขันเร่งด่วนในกลุ่ม CVD |



## 4. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง

|                         |   |  |   |  |            |
|-------------------------|---|--|---|--|------------|
| ตัวชี้วัด               | อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง   |  |   |  |            |
| คำนิยาม                 | การตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยนอก/ในที่ถึงแก่ความตาย และได้รับการวินิจฉัยว่าตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชาชนทั่วไปที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองโรคหลักที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) รหัส I60 - I69 |  |   |  |            |
| เกณฑ์เป้าหมาย           | ไม่เกิน ร้อยละ 40.41ต่อประชากรแสนคน   |  |   |  |            |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย    | จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร (ผู้ป่วยโรคหลักคือโรคหลอดเลือดสมอง)  |  |   |  |            |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล    | เมื่อมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ   |  |   |  |            |
| แหล่งข้อมูล             | ฐานข้อมูลการตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (รวมทุกกลุ่มอายุ)<br>กรณีใช้ติดตามในหน่วยงาน ประมวลผลจากข้อมูล 43 แฟ้ม   |  |   |  |            |
| รายการข้อมูล 1          | A = จำนวนการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองตามรหัส I60-I69  |  |   |  |            |
| รายการข้อมูล 2          | B= จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน   |  |   |  |            |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด      | $(A/B) \times 100,000$  |  |   |  |            |
| ระยะเวลาประเมินผล       | ไตรมาส 4 และ ปีละ 1 ครั้ง(จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)  |  |   |  |            |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | Baseline data   | หน่วยวัด   | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.  |  |            |
|                         | 40.41   | ต่อประชากรแสนคน  | 2557  | 2558   | 2559       |
|                         |   |  | 39.71   | 41.11  | ยังไม่ทราบ |
| <b>เกณฑ์การประเมิน</b>  |   |  |   |  |            |
|                         | รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน   |            |
|                         | 1.มีแผนการให้ความรู้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และอาการเตือน<br>2.การประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองและรับมาโรงพยาบาลโดยด่วนหาก   | 1. มีการประสานองค์กรภาคีเครือข่าย ในระดับชุมชนเชื่อมโยงกับ DHS และ ตำบล เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉิน<br>2.ให้ความรู้และจัดบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงตามปัญหา | 1.กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์<br>2.มีการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล | 1.มีข้อมูลผลการดำเนินงานอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองไม่เกินร้อยละ 40.41ต่อประชากรแสนคน<br>2.มีข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้ผู้บริหารระดับอำเภอ/จังหวัดใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย |            |

|  |          |  |  |
|--|----------|--|--|
| สงสัยว่าป่วยด้วยโรค<br>หลอดเลือดสมอง   | รายบุคคล |  |  |
| <b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b><br>1. นางภัทรา ผาแก้ว                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303    โทรศัพท์มือถือ : 0 8178 1826 3<br>โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100    E-mail : phattha_1@hotmail.com<br>2. นางสาวกรองกาญจน์ สิงห์ประสม    นักวิชาการสาธารณสุข<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303    โทรศัพท์มือถือ : 0 8538 6119 1<br>โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100    E-mail : krongkarn.sing@gmail.com |          |  |  |



## 6. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ (การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง Ultrasound)

|                         |  |                 |                            |       |            |
|-------------------------|--|-----------------|----------------------------|-------|------------|
| ตัวชี้วัด               | อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ  |                 |                            |       |            |
| คำนิยาม                 | อัตราตายจากโรคมะเร็งตับหมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น<br>เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556 |                 |                            |       |            |
| เกณฑ์เป้าหมาย           | ลดลงร้อยละ 1 จากปี 2559  |                 |                            |       |            |
| วัตถุประสงค์            | เพื่อลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย  |                 |                            |       |            |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย    | จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร   |                 |                            |       |            |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล    | รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  |                 |                            |       |            |
| แหล่งข้อมูล             | ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์   |                 |                            |       |            |
| รายการข้อมูล 1          | A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)   |                 |                            |       |            |
| รายการข้อมูล 2          | B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน   |                 |                            |       |            |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด      | $(A/B) \times 100,000$   |                 |                            |       |            |
| ระยะเวลาประเมินผล       | ไตรมาส 4 และ ปีละ 1 ครั้ง (จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)  |                 |                            |       |            |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | Baseline data  | หน่วยวัด        | ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ. |       |            |
|                         |  |                 | 2557                       | 2558  | 2559       |
|                         | 27.59  | ต่อประชากรแสนคน | 27.74                      | 27.41 | ยังไม่ทราบ |

## เกณฑ์การประเมิน:

| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน  |
|---|---|---|---|
| 1. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีอายุ 40 ปีขึ้นไป<br>2. มีเป้าหมายของกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี<br>3. มีการวางแผนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง Ultrasound | 1. มีการวางแผนการการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง Ultrasound<br>2. มีการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง Ultrasound ในกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 20<br>3. ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน | 1. มีผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง Ultrasound ในกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย<br>2. อำเภอ/จังหวัด ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและทราบปัญหา สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้ | 1. มีผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง Ultrasound ในกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าร้อยละ 50<br>2. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร<br>3. มีข้อมูลที่ต้องการเพื่อให้ผู้บริหารระดับอำเภอ/จังหวัด ใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย |





7. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ  $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ 

|  |   |  |  |                     |                     |
|--|---|--|--|---------------------|---------------------|
| ตัวชี้วัด  | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$   |  |  |                     |                     |
| คำนิยาม  | <p><math>eGFR</math> หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serumcreatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI</p> <p>ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี <math>60 &gt; eGFR \geq 15</math>) หรือ ( E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี <math>60 &gt; eGFR \geq 15</math> ) และมีการตรวจคำนวณ <math>eGFR</math> (LABTEST 15) <math>\geq 2</math> ค่า หากมีค่า <math>eGFR</math> 1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น</p> |  |  |                     |                     |
| เกณฑ์เป้าหมาย  | มากกว่าร้อยละ 50 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559  |  |  |                     |                     |
| วัตถุประสงค์   | เพื่อชะลอความเสื่อมไต ในผู้ป่วย CKD   |  |  |                     |                     |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย   | ผู้ป่วย CKD   |  |  |                     |                     |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล   | <ol style="list-style-type: none"> <li>เก็บทันที (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม)<br/>(ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก)</li> <li>การคำนวณการเปลี่ยนแปลง <math>eGFR</math> ต้องมี creatinine <math>\geq 2</math> ค่าในปีงบประมาณนั้นๆ</li> <li>หน่วยที่ใช้ในการวัด เป็นร้อยละ</li> </ol>  |  |  |                     |                     |
| แหล่งข้อมูล  | HDC กระทรวงสาธารณสุข  |  |  |                     |                     |
| รายการข้อมูล 1   | A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr} \times 100$   |  |  |                     |                     |
| รายการข้อมูล 2   | B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4  |  |  |                     |                     |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $(A/B) \times 100$  |  |  |                     |                     |
| ระยะเวลาประเมินผล  | ไตรมาส 1 และ 3 (ตามรอบการตรวจราชการปกติ)  |  |  |                     |                     |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน  | Baseline data   | หน่วยวัด   | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.   |                     |                     |
|  | 69.47 (HDC)   | ร้อยละ   | 2557<br>72.85 (HDC)  | 2558<br>69.97 (HDC) | 2559<br>65.60 (HDC) |
| เกณฑ์การประเมิน :  |   |  |  |                     |                     |
| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน   |                     |                     |
| ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD ทำการตรวจ<br>1) serum creatinine และคำนวณเป็น $eGFR$<br>2) Urine protein ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง | 1. มีผลการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM, HT<br>2. มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4<br>3. รพ. มีบริการ CKD clinic เพื่อชะลอไตเสื่อมที่บูรณาการการทำงาน NCD-CKD  | 1. ติดตามผลสำเร็จของการคัดกรอง<br>2. สอบถามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ<br>3. มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4$ | 1. มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ มากกว่าร้อยละ 69.47<br>2. มีข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้บริหารระดับอำเภอ/ |                     |                     |



|                      |   |             |                                    |             |              |
|----------------------|---|-------------|------------------------------------|-------------|--------------|
| ชื่อตัวชี้วัด        | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) เป้าหมาย ร้อยละ ๙๒   |             |                                    |             |              |
| คำนิยาม              | <p>ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด(Dependence)</p> <p>ผู้ป่วยยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยหยุดเสพ หรือ เสพแต่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือ ผู้ติด (Dependence)</p> <p>ผู้ป่วยยาเสพติดบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับบำบัดรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาล (ระบบสมัครใจ )และได้รับการประเมินครบกำหนดและติดตามต่อเนื่องในระยะติดตามการรักษา</p> <p>หมายเหตุ : ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องการดูแลรักษาต่อเนื่อง</p> |             |                                    |             |              |
| วัตถุประสงค์         | ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศและปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เป็นนโยบายหลักของประเทศ และเป็นการตอบสนองนโยบายการของรัฐบาล เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานและลดการเสพยา  |             |                                    |             |              |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการสาธารณสุข และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่านการบำบัดรักษา โดยไม่รวมถึงผู้ป่วยยาเสพติดที่ส่งเข้ารับการบำบัดจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด   |             |                                    |             |              |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รายงานข้อมูลในระบบข้อมูล บสต. ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต   |             |                                    |             |              |
| แหล่งข้อมูล          | ระบบข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติด(บสต.) ของกระทรวงสาธารณสุข  |             |                                    |             |              |
| รายการข้อมูล 1       | A = จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการจำหน่ายครบกำหนดได้รับการติดตามดูแลและสามารถหยุดเสพต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน (บสต.ติดตาม)  |             |                                    |             |              |
| รายการข้อมูล 2       | B = จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาสิ้นสุดการบำบัดรักษาและจำหน่าย (บสต.จำหน่าย)   |             |                                    |             |              |
| ระยะเวลาประเมินผล    | ทุก ๓ เดือน   |             |                                    |             |              |
| เกณฑ์การให้คะแนน     |   |             |                                    |             |              |
|                      | คะแนน   | รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน                        | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|                      | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา(3 month remission rate)   | ๙๒          | ๙๒                                 | ๙๒          | ๙๒           |
| วิธีการประเมินผล :   | รพ./รพ.สต. จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในระบบข้อมูล บสต. ผ่านเครือข่าย internet และประเมินผลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยประเมินผลทุก ๓ เดือน  |             |                                    |             |              |
| เอกสารสนับสนุน :     | <p>๑. คู่มือมาตรฐานการบำบัดรักษาและการติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด</p> <p>๒. คู่มือข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล</p> <p>๓. คู่มือระบบข้อมูล บสต.</p>  |             |                                    |             |              |
| รายละเอียดข้อมูล     | Baseline  | หน่วยวัด    | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. |             |              |

| พื้นฐาน   |  | data   | ๒๕๕๗   | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ |  |      |
|---|--|--|--------|------|------|--|------|
|   |  |  | ร้อยละ | ๙๒.๔ | ๙๖.๙ |  | ๙๘.๓ |
| ผู้ให้ข้อมูลทาง<br>วิชาการ /<br>ผู้ประสานงาน<br>ตัวชี้วัด |  | <p>1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3<br/>โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : nanajang85@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวสุวรรณี วงษาโสม เจ้าพนักงานสาธารณสุข<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 098 8289710<br/>โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : nangfa_oi@hotmail.com</p> |        |      |      |  |      |

| ชื่อตัวชี้วัด   | ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต  |               |               |               |               |               |           |           |           |           |           |
|---|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| คำนิยาม   | <p>การคัดกรอง หมายถึง การที่ประชาชนในพื้นที่ ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาโรคซึมเศร้า</p> <p>การเข้าถึงบริการ หมายถึง ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษา ด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วย บริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ปีที่ ดำเนินการปัจจุบันที่ต้องการวัด) ทั้งรายเก่าและรายใหม่</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมกรุงเทพมหานคร</p> |               |               |               |               |               |           |           |           |           |           |
| เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 50   |   |               |               |               |               |               |           |           |           |           |           |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="194 1008 443 1064">ปีงบประมาณ 60</th> <th data-bbox="443 1008 691 1064">ปีงบประมาณ 61</th> <th data-bbox="691 1008 938 1064">ปีงบประมาณ 62</th> <th data-bbox="938 1008 1185 1064">ปีงบประมาณ 63</th> <th data-bbox="1185 1008 1431 1064">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="194 1064 443 1124">ร้อยละ 50</td> <td data-bbox="443 1064 691 1124">ร้อยละ 55</td> <td data-bbox="691 1064 938 1124">ร้อยละ 60</td> <td data-bbox="938 1064 1185 1124">ร้อยละ 65</td> <td data-bbox="1185 1064 1431 1124">ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table> |   | ปีงบประมาณ 60 | ปีงบประมาณ 61 | ปีงบประมาณ 62 | ปีงบประมาณ 63 | ปีงบประมาณ 64 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 65 | ร้อยละ 70 |
| ปีงบประมาณ 60   | ปีงบประมาณ 61   | ปีงบประมาณ 62 | ปีงบประมาณ 63 | ปีงบประมาณ 64 |               |               |           |           |           |           |           |
| ร้อยละ 50   | ร้อยละ 55   | ร้อยละ 60     | ร้อยละ 65     | ร้อยละ 70     |               |               |           |           |           |           |           |
| วัตถุประสงค์  | เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ   |               |               |               |               |               |           |           |           |           |           |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย  | ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)   |               |               |               |               |               |           |           |           |           |           |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล  | <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ดึงข้อมูลผลการดำเนินงานจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์(ผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 ถึงปีที่ต้องการจะวัด ในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วิเคราะห์เป็นรายหน่วยบริการ จังหวัดเขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>)</p> <p><u>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้</u></p> <p>๑. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน</p> <p>๒. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail :</p>   |               |               |               |               |               |           |           |           |           |           |

|   | <p>depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p><b>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้าจากรายงานกว่าหน่วยบริการพื้นที่ที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ ๑-๒</b></p> <p><b>คำอธิบายสูตร:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ตัวตั้ง</b> คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลรพช./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต</li> <li>● <b>ตัวหาร</b> คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7%(แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี....(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</li> </ul> |             |              |             |              |     |           |           |           |
|---|--|-------------|--------------|-------------|--------------|-----|-----------|-----------|-----------|
| แหล่งข้อมูล   | โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่   |             |              |             |              |     |           |           |           |
| รายการข้อมูล 1  | A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)   |             |              |             |              |     |           |           |           |
| รายการข้อมูล 2  | B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ  |             |              |             |              |     |           |           |           |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด  | $(A/B) \times 100$   |             |              |             |              |     |           |           |           |
| ระยะเวลาประเมินผล   | ทุก ๓ เดือน  |             |              |             |              |     |           |           |           |
| <p><b>เกณฑ์การประเมิน ปี 2560</b></p> <table border="1" data-bbox="280 1529 1347 1641"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N/A</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> <td>ร้อยละ ๓๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> </tr> </tbody> </table> |  | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | N/A | ร้อยละ ๒๐ | ร้อยละ ๓๐ | ร้อยละ ๕๐ |
| รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |             |              |     |           |           |           |
| N/A   | ร้อยละ ๒๐  | ร้อยละ ๓๐   | ร้อยละ ๕๐    |             |              |     |           |           |           |
| วิธีการประเมินผล :  | รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แห่ง โดยการรับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนดและทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ ๒๕๕๒-ปีที่ต้องการจะวัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>  |             |              |             |              |     |           |           |           |
| เอกสารสนับสนุน :  | ข้อมูลจากฐานข้อมูล <a href="http://www.thaidepression.com">www.thaidepression.com</a>  |             |              |             |              |     |           |           |           |

| รายละเอียด<br>ข้อมูลพื้นฐาน                               | Baseline data  | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. |       |                              |
|---|--|----------|------------------------------------|-------|------------------------------|
|   |  |          | 2557                               | 2558  | 2559                         |
|   | อัตราการเข้าถึงบริการของ<br>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับ<br>คาดประมาณจากความชุกที่<br>ได้จากการสำรวจ   | ร้อยละ   | 36.76                              | 44.14 | 45.90<br>(ณ วันที่ 25 พค.59) |
| ผู้ให้ข้อมูลทาง<br>วิชาการ /<br>ผู้ประสานงาน<br>ตัวชี้วัด | <p>1. นางกฤษณา ฤทธิเดช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 9999 3<br/>โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : nanajang85@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวปิยะมาศ ตามศรี นักวิชาการสาธารณสุข<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3742 5141-4 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ : 0 8774 1834 3<br/>โทรสาร : 0 3742 5141-4 ต่อ 100 E-mail : nat.piyamas@hotmail.com</p> |          |                                    |       |                              |



|                       |   |
|-----------------------|---|
| เกณฑ์                 | การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว  |
| เป้าหมาย<br>ตัวชี้วัด | ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  |
| น้ำหนัก               | .....   |
| คำนิยาม               | <p>ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาลรวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกายครอบคลุมทั้งรักษาส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิดเข้าถึง เข้าใจ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มเป้าหมายหลักที่จะต้องได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว 4 กลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) และเด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ</li> <li>- ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วย/ไม่ป่วย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นบางครั้ง หรือตลอดเวลา</li> <li>- ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือมากกว่า ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือทั้งหมด</li> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคุกคามชีวิต คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต</li> </ul> <p><b>องค์ประกอบของทีมหมอครอบครัว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ หมายถึง ทีมที่มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม เพื่อเป็นที่ปรึกษา ดูแลทีมระดับตำบล และทีมชุมชน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพจาก รพ. และทีมจาก สสอ. เท่าที่จะจัดทีมให้เหมาะสม โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม โดยส่วนใหญ่แพทย์ ๑ คน จะรับผิดชอบ ประมาณ ๒-๓ ทีม (แพทย์อาจเป็นหัวหน้าทีมหลายทีมได้)</li> <li>๒. ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล หมายถึง ทีมที่มีจำนวน รพ.สต./PCU และศสม. ที่มีอยู่ในอำเภอนั้นๆ (จำนวนทีมเท่ากับหน่วยบริการ รพ.สต./PCU และศสม.) และมีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ในศสม./รพ.สต. ที่ประกอบด้วยหลายวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ทันตภิบาล นักการแพทย์แผนไทย เป็นต้น ที่ทำงานประสานเชื่อมโยงกัน ในการดูแลประชาชน</li> <li>๓. ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน หมายถึง ทีมที่มีเจ้าหน้าที่ ศสม./รพ.สต./PCU เป็นหัวหน้าทีมร่วมกับท้องถิ่น อสม. จิตอาสา และชุมชน (ส่วนใหญ่จำนวนทีมชุมชนจะเท่ากับจำนวนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ในศสม./รพ.สต. ที่มีการแบ่งพื้นที่การดูแล รับผิดชอบประชาชน มีเจ้าหน้าที่ ศสม./รพ.สต. เป็นหัวหน้าทีมและมีภาคประชาชนในพื้นที่ เช่น อสม. อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา ร่วมเป็นทีม</li> </ol> |
| เกณฑ์การประเมิน       | 1. โครงสร้างการทำงาน  |

- มีการกำหนดผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ และบทบาทหน้าที่ ของโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ
- มีคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในระดับอำเภอ
- มีบทบาทบูรณาการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของพื้นที่และวางแผนร่วมกันในทั้งในระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน

อย่างเหมาะสม

- มีแนวทางการดำเนินงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบทั้งในระดับอำเภอ ตำบล

ชุมชน

- มีการประชุม ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน
- มีการจัดการในรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (สธ/อปท/ฯลฯ)

## 2. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน

- มีแนวทางการดำเนินงานให้ชุมชนและเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบลและชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

สุขภาพ

- ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ มีการเรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น

## 3. การจัดระบบบริการ

- กำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่/ทีมหมอครอบครัวตามแนวทางการดำเนินงาน โดยแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบและจัดกลุ่มบริการประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

- การแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบของทีมหมอครอบครัวและจัดกลุ่มบริการประชาชน (4 กลุ่มเป้าหมาย)

ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

- มีระส่งต่อและข้อมูลที่เชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาสู่ตำบล/ชุมชน
- มีระบบฐานข้อมูลการจัดบริการ 4 กลุ่มเป้าหมายหลัก

## 4. การพัฒนาบุคลากร

- แผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงาน โดยใช้ CBL/KM เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม/พื้นที่

- เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของพื้นที่

- โรงพยาบาลชุมชนเป็นทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอในการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว

## 5. การสนับสนุน

- การสนับสนุนคู่มือ/แนวทาง/ ชุดเครื่องมืออุปกรณ์การดำเนินงานในพื้นที่

## 6. การติดตามประเมินผล

- คณะกรรมการติดตามประเมินผลระดับอำเภอ
- แผนการดำเนินงานติดตามประเมินผลระดับอำเภอ
- ผลการดำเนินงานดูแลและเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์



| ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ   | ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน  |
|---|--|
| <p><b>คำนิยาม</b></p> <p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มา</p> <p>2. รับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>3. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การทาบหม้อเกลือ</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> <p>4. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกสมาธิบำบัด</li> <li>- ผิงเข็ม</li> <li>- การกดจุดบำบัด</li> <li>- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย</li> </ul> <p>5. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>6. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> |  |
| <p><b>เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 60</b></p> <p>ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20</p>   |  |
| <p><b>เกณฑ์การคิดคะแนน</b></p> <p>A = เป้าหมาย ( ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20 )</p> <p>B = ผลงานที่ทำได้ (ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยในภาพรวมของ CUP)</p> <p>C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน</p> <p><b>สูตรการคำนวณ = <math>B * C / A</math> (เท่ากับ B คูณ C หารด้วย A)</b></p>   |  |
| <p><b>วัตถุประสงค์</b></p>  | <p>เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร</p> |

|  |  |          |  |       |       |
|--|--|----------|--|-------|-------|
| ประชากร<br>กลุ่มเป้าหมาย                             | ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ  |          |  |       |       |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล                                 | 1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม<br>2) การรายงานจากจังหวัด   |          |  |       |       |
| แหล่งข้อมูล  | 1) 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/<br>Provider)<br>2) ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด                    |          |  |       |       |
| รายการข้อมูล 1                                       | A = จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ  |          |  |       |       |
| รายการข้อมูล 2                                       | B = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการ<br>สาธารณสุขของรัฐ   |          |  |       |       |
| รายการข้อมูล 3                                       | C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน  |          |  |       |       |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด                                   | ( เท่ากับ B คูณ C ทหารด้วย A )   |          |  |       |       |
| ระยะเวลาประเมินผล                                    | ไตรมาส 4   |          |  |       |       |
| วิธีการประเมินผล :                                   | 1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข<br>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ<br>การแพทย์ทางเลือก                          |          |  |       |       |
| เอกสารสนับสนุน :                                     | 1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน<br>2) คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์<br>ทางเลือก |          |  |       |       |
| รายละเอียดข้อมูล<br>พื้นฐาน                          | Baseline<br>data   | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.   |       |       |
|  |  |          | 2557   | 2558  | 2559  |
|  | ร้อยละของ<br>ผู้ป่วยนอกที่<br>ได้รับบริการ   | ร้อยละ   | 16.27  | 17.32 | 17.07 |
|  | ที่มา : HDC กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  |          |  |       |       |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ<br>/<br>ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | 1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141<br>โทรสาร :   |          | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840<br>E-mail :kanya.m2007@gmail.com     |       |       |
|  | 2. นางสาวนุชรี บวงสวง<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2149 5636<br>โทรสาร:  |          | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน<br>โทรศัพท์มือถือ : 080-0962633<br>E-mail : nucharee_na@hotmail.com |       |       |

|                      |   |
|----------------------|---|
| ชื่อตัวชี้วัด        | ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข  |
| คำนิยาม              | <p>1.ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข หมายถึง รพ. สสอ. มีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข โดยมีขั้นตอนศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข มีกระบวนการประเมิน Happy work place index และ Happy work life index มีการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรที่มีความสุขที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ และวิเคราะห์ผลของการประเมินโดยใช้ดัชนีวัดสุขภาพระดับองค์กร(Happy work place index) และ ดัชนีวัดผลความรู้สึก ประสบการณ์ของบุคลากรที่ทำงานกับองค์กร(Happy work life index) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อนำผลมาปรับปรุงแผนการพัฒนาองค์กร</p> <p>2. Happy work place index หมายถึง ดัชนีวัดสุขภาพระดับองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งมี 5 มิติ</p> <p>มิติที่ 1 คือ สุขด้วยการจัดการ มิติที่ 2 คือ สุขด้วยบรรยากาศ</p> <p>มิติที่ 3 คือ สุขด้วยกระบวนการสร้างสุข มิติที่ 4 คือ สุขด้วยสุขภาพหัวใจ</p> <p>มิติที่ 5 คือ สุขด้วยผลลัพธ์</p> <p>3. Happy work life index หมายถึง ดัชนีวัดผลความรู้สึก และประสบการณ์ของบุคลากรที่ทำงานกับองค์กรหรือหน่วยงาน โดยดูว่ามีความสุขในการทำงาน มีความรัก ความผูกพัน มีความภาคภูมิใจในองค์กร มั่นใจในอาชีพ รายได้ และความพึงพอใจกับความก้าวหน้าของตนเองในองค์กร</p> |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | ร้อยละ 80 ของ คปสอ. (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวม รพ.สต.) มีการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข ครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด   |
| วัตถุประสงค์         | เพื่อให้ คปสอ.มีการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรที่มีความสุข เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | <p>1.ตรวจสอบรายชื่อคณะทำงาน/คำสั่งคณะทำงาน</p> <p>2.ตรวจสอบรายงานผลการวิเคราะห์การประเมิน Happy work place index และ Happy work life index</p> <p>3.ตรวจสอบแผนพัฒนาองค์กร/แผนการปรับปรุงองค์กร/ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร หรืองบประมาณในการดำเนินงานตามแผน</p> <p>5.ตรวจสอบรายงานการถอดบทเรียน</p>   |
| แหล่งข้อมูล          | <p>1.เอกสารคำสั่ง</p> <p>2.เอกสารแผนพัฒนาองค์กร/แผนปรับปรุงองค์กร</p> <p>3.เอกสารผลการวิเคราะห์หลังประเมิน Happy work place index และ Happy work life</p>   |

|  | index<br>4.เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามแผน และ เอกสารรายงานการถอดบทเรียน<br>หมายเหตุ : เอกสารรายงานอาจเป็นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้  |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
|--|---|-----------------|--------------|----------|---|--|-----|--|--|--|-------|-----|-----|-----|-----|-----|---------------------------|----|----|----|----|----|---|--|
| รายการข้อมูล 1   | จำนวน คปสอ.ที่มีผลสำเร็จการการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุขครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด  |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| รายการข้อมูล 2   | จำนวน คปสอ.ทั้งหมดที่ดำเนินการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข  |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| <b>เกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส</b>  |   |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การประเมิน</th> <th>วิธีคิดคะแนน</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 1 รพ. สสอ. มีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (1 คะแนน)</td> <td rowspan="5"> <b>1.คปสอ.ประเมินตนเอง</b><br/> <b>2.สสจ.ประเมินรับรองผลการประเมินตนเอง</b><br/><br/> <b>สูตรการคำนวณ :</b><br/> <b>A = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 ของ รพ.</b><br/><br/> <b>B = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 ของ สสอ.</b><br/><br/> <b>คะแนนของ คปสอ. = A+B</b> </td> <td rowspan="5"></td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2 รพ. สสอ.<br/>(2.1) มีผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)<br/>(2.2) มีการประเมิน Happy work place index (0.25 คะแนน)<br/>(2.3) มีการประเมิน Happy work life index (0.25 คะแนน)<br/>(2.4) มีแผนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3 ดำเนินการตามแผนพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข(1 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>0.2</th> <th>0.4</th> <th>0.6</th> <th>0.8</th> <th>1.0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4 (4.1) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work place index (0.5 คะแนน)<br/>(4.2) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work life index (0.5 คะแนน)</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5 รพ. สสอ.<br/>(5.1) มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)<br/>(5.2) มีแผนการปรับปรุงการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.5 คะแนน)</td> </tr> </tbody> </table> | เกณฑ์การประเมิน | วิธีคิดคะแนน | หมายเหตุ | ระดับ 1 รพ. สสอ. มีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (1 คะแนน) | <b>1.คปสอ.ประเมินตนเอง</b><br><b>2.สสจ.ประเมินรับรองผลการประเมินตนเอง</b><br><br><b>สูตรการคำนวณ :</b><br><b>A = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 ของ รพ.</b><br><br><b>B = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 ของ สสอ.</b><br><br><b>คะแนนของ คปสอ. = A+B</b> |     | ระดับ 2 รพ. สสอ.<br>(2.1) มีผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)<br>(2.2) มีการประเมิน Happy work place index (0.25 คะแนน)<br>(2.3) มีการประเมิน Happy work life index (0.25 คะแนน)<br>(2.4) มีแผนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน) | ระดับ 3 ดำเนินการตามแผนพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข(1 คะแนน) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>0.2</th> <th>0.4</th> <th>0.6</th> <th>0.8</th> <th>1.0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table> | คะแนน | 0.2 | 0.4 | 0.6 | 0.8 | 1.0 | ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | ระดับ 4 (4.1) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work place index (0.5 คะแนน)<br>(4.2) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work life index (0.5 คะแนน) | ระดับ 5 รพ. สสอ.<br>(5.1) มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)<br>(5.2) มีแผนการปรับปรุงการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.5 คะแนน) |
| เกณฑ์การประเมิน  | วิธีคิดคะแนน  | หมายเหตุ        |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| ระดับ 1 รพ. สสอ. มีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (1 คะแนน)  | <b>1.คปสอ.ประเมินตนเอง</b><br><b>2.สสจ.ประเมินรับรองผลการประเมินตนเอง</b><br><br><b>สูตรการคำนวณ :</b><br><b>A = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 ของ รพ.</b><br><br><b>B = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึง ระดับ 5 ของ สสอ.</b><br><br><b>คะแนนของ คปสอ. = A+B</b>  |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| ระดับ 2 รพ. สสอ.<br>(2.1) มีผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)<br>(2.2) มีการประเมิน Happy work place index (0.25 คะแนน)<br>(2.3) มีการประเมิน Happy work life index (0.25 คะแนน)<br>(2.4) มีแผนการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน) |   |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| ระดับ 3 ดำเนินการตามแผนพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข(1 คะแนน)   |   |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>0.2</th> <th>0.4</th> <th>0.6</th> <th>0.8</th> <th>1.0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>                                       |   |                 | คะแนน        | 0.2      | 0.4   | 0.6  | 0.8 | 1.0  | ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ                                  | 40   | 50    | 60  | 70  | 80  |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| คะแนน  |   |                 | 0.2          | 0.4      | 0.6   | 0.8  | 1.0 |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ  | 40  | 50              | 60           | 70       | 80  |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| ระดับ 4 (4.1) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work place index (0.5 คะแนน)<br>(4.2) มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work life index (0.5 คะแนน)  |   |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| ระดับ 5 รพ. สสอ.<br>(5.1) มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)<br>(5.2) มีแผนการปรับปรุงการพัฒนางานองค์กรที่มีความสุข (0.5 คะแนน)   |   |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| วิธีการประเมินผล   | 1.ติดตามเยี่ยมเสริมพลังปีละ 1 ครั้ง<br>2.ประเมิน คปสอ.ติดตาม ตามเกณฑ์ที่กำหนด   |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด  | 1..นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058<br>2..นางสาวชุตติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 130 6690  |                 |              |          |   |  |     |  |  |  |       |     |     |     |     |     |                           |    |    |    |    |    |   |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| ชื่อตัวชี้วัด        | คปสอ.มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK   |
| คำนิยาม              | <p>1.คปสอ.มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK หมายถึง โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่จะขับเคลื่อนการสร้างค่านิยม MOPH-SK มีสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความค่านิยมพร้อมคำนิยาม ติดไว้ในที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน มีการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผนการสร้างค่านิยมฯ มีรายงานผลการประเมินค่านิยมฯรายบุคคล และสรุปผลการถอดบทเรียน พร้อมแผนปรับปรุงการสร้างค่านิยมฯ</p> <p>2 คำนิยาม MOPH-SK หมายถึง สิ่งที่หน่วยงานปรารถนาให้เป็นเป้าหมายของหน่วยงานที่จะปลูกฝังให้บุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับยึดถือเป็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในการทำงานในระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย การฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด(Mastery=M) สร้างสรรค์นวัตกรรม (Originality=O) ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง (People-Center approach =P) มีความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility=H) มีจิตบริการที่ดี(Service mind =S) เรียนรู้และพัฒนาตลอดเวลา (Knowledge worker=K)</p> |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | ร้อยละ 100 ของ คปสอ. (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ) มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ ตามเกณฑ์ที่กำหนด  |
| วัตถุประสงค์         | <p>1.เพื่อให้ คปสอ.มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK สำหรับบุคลากรในสังกัด ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมของหน่วยงาน “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”</p> <p>2.เพื่อให้บุคลากรมีคุณลักษณะที่สามารถฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด(Mastery=M) สร้างสรรค์นวัตกรรม (Originality=O) ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง (People-Center approach =P) มีความอ่อนน้อมถ่อมตน(Humility=H) มีจิตบริการที่ดี(Service mind =S) เรียนรู้และพัฒนาตลอดเวลา (Knowledge worker=K)</p>  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | <p>1.โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2.บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | <p>1.ตรวจสอบรายชื่อผู้รับผิดชอบงาน/คณะทำงาน/คำสั่งคณะทำงาน</p> <p>2.สำรวจสัญลักษณ์หรือป้ายค่านิยม</p> <p>3 ตรวจสอบแผนพัฒนาองค์กร/แผนการปรับปรุงองค์กร</p> <p>4.ตรวจสอบรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาองค์กรหรืองบประมาณในการดำเนินงานตามแผน</p> <p>5.ตรวจสอบรายงานผลการประเมินค่านิยม</p> <p>5.ตรวจสอบรายงานสรุปการถอดบทเรียน</p>  |
| แหล่งข้อมูล          | <p>1.เอกสารคำสั่ง</p> <p>2.เอกสารแผนพัฒนาองค์กร/แผนปรับปรุงองค์กร</p> <p>3.เอกสารผลการประเมินค่านิยม</p> <p>3.เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามแผน</p> <p>4.เอกสารรายงานสรุปการถอดบทเรียน</p>  |



|   |  |  |  |  |          |     |     |     |     |
|---|--|--|--|--|----------|-----|-----|-----|-----|
|   | หมายเหตุ : เอกสารรายงานอาจเป็นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้  |  |  |  |          |     |     |     |     |
| รายการข้อมูล 1  | จำนวน คปสอ. ที่มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ   |  |  |  |          |     |     |     |     |
| รายการข้อมูล 2  | จำนวน คปสอ.ทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK   |  |  |  |          |     |     |     |     |
| สูตรคำนวณ<br>ตัวชี้วัด  | $\frac{\text{จำนวน คปสอ.ที่มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK ครบทั้ง 5 ระดับ} * 100}{\text{จำนวน คปสอ.ทั้งหมดที่เข้าร่วมกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK}}$ |  |  |  |          |     |     |     |     |
| ระยะเวลาดำเนินการ   |  |  |  |  |          |     |     |     |     |
| เกณฑ์การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส  |  |  |  |  |          |     |     |     |     |
| เกณฑ์การประเมิน   |  | วิธีคิดคะแนน   |  |  | หมายเหตุ |     |     |     |     |
| ระดับ 1 คปสอ.(รพ. สสอ.) มีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK (1 คะแนน)          |  | <b>1.คปสอ.ประเมินตนเอง</b><br><b>2.สสจ.ประเมินรับรองผลการประเมินตนเอง</b><br><br><b>สูตรการคำนวณ :</b><br><b>A = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึงระดับ 5 ของ รพ.</b><br><br><b>B = ผลรวมคะแนนระดับ 1 ถึงระดับ 5 ของ สสอ.</b><br><br><b>คะแนนของ คปสอ. = A+B</b> |  |  |          |     |     |     |     |
| ระดับ 2 รพ. สสอ. มีสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความพร้อมคำนิยามหรือหรือความหมายค่านิยม MOPH-SK ติดไว้ในที่มองเห็นได้ชัดเจน(1คะแนน)        |  |  |  |  |          |     |     |     |     |
| ระดับ 3 รพ. สสอ.<br>(3.1) มีแผนดำเนินการสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.2 คะแนน)<br>(3.2) ดำเนินการตามแผนสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.8 คะแนน) |  |  |  |  |          |     |     |     |     |
| คะแนน   | 0.4  |  |  |  |          | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.8 |
| ร้อยละของแผนฯที่ดำเนินการ   | 40   |  |  |  |          | 50  | 60  | 70  | 80  |
| ระดับ 4 มีรายงานผลการประเมินค่านิยม MOPH-SK รายบุคคล (1 คะแนน)  |  |  |  |  |          |     |     |     |     |
| ระดับ 5 รพ. สสอ.<br>(5.1) มีรายงานสรุปการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)<br>(5.2) มีแผนปรับปรุงการพัฒนาก่อสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.5 คะแนน) |  |  |  |  |          |     |     |     |     |
| วิธีการประเมินผล  | 11.ติดตามเยี่ยมเสริมพลังปีละ 1 ครั้ง<br>2.ประเมิน คปสอ.ติดตาม ตามเกณฑ์ที่กำหนด   |  |  |  |          |     |     |     |     |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด   | 1..นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 8322058<br>2..นางสาวชุตติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 1306690   |  |  |  |          |     |     |     |     |
| ชื่อตัวชี้วัด   | คปสอ.มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK   |  |  |  |          |     |     |     |     |

|               |   |
|---------------|---|
| ชื่อตัวชี้วัด | ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA  |
| คำนิยาม       | <p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของ การประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป</p> <p>องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li>2. ความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ</li> <li>4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li>5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็น ของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> </ol> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3)ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 2 ในปี 2560 คือ 50 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) จำนวนทั้งสิ้น 19 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and</p> |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 11 ข้อใหญ่ 42 ข้อย่อยเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น  |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก  |
| วัตถุประสงค์         | 1. ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว<br>2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | 1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว<br>2.โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว/รพ.อรัญประเทศ)<br>3.โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 7 แห่ง<br>4.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ 9 แห่ง<br>ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้<br><u>หมายเหตุ</u> ประชากรกลุ่มเป้าหมายตามข้อ 1. ข้อ 2. จำนวน 3 หน่วยงาน เป็นหน่วยงาน ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 องค์ประกอบที่ 5 Potential Based ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ท. ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. (จำนวน 3 เครื่องมือ) |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล |  |
| แหล่งข้อมูล          | แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ   |
| รายการข้อมูล 1       | A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 (ใน 1 ปี)  |
| รายการข้อมูล 2       | B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA  |

| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | (A/B) × 100  |  |   |              |             |             |             |              |  |  |  |   |
|--|--|--|---|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--|--|--|---|
| ระยะเวลา<br>ประเมินผล  | 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560  |  |   |              |             |             |             |              |  |  |  |   |
| เกณฑ์การประเมิน  | ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส ปี 2560   |  |   |              |             |             |             |              |  |  |  |   |
| :  | รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน |             |             |             |              |  |  |  |   |
|  | ระดับ 3  | ระดับ 5  | ระดับ 5   | ระดับ 5      |             |             |             |              |  |  |  |   |
| วิธีการประเมินผล :   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB3 ในไตรมาสที่ 1 ธันวาคม 2559</td> <td>หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 2 มีนาคม 2560</td> <td>หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 3 มิถุนายน 2560</td> <td>หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity &amp; Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 4 กันยายน 2560</td> </tr> </tbody> </table> <p>หน่วยงานจำนวน 19 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคม 2559) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคม 2560) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายน 2560) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน 2560)</p> |  |   |              | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB3 ในไตรมาสที่ 1 ธันวาคม 2559 | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 2 มีนาคม 2560 | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 3 มิถุนายน 2560 | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 4 กันยายน 2560 |
| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน  |              |             |             |             |              |  |  |  |   |
| หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB3 ในไตรมาสที่ 1 ธันวาคม 2559 | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 2 มีนาคม 2560   | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 3 มิถุนายน 2560 | หน่วยงานประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) Small Success : หลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ในไตรมาสที่ 4 กันยายน 2560 |              |             |             |             |              |  |  |  |   |
| เอกสารสนับสนุน :   | แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT)  |  |   |              |             |             |             |              |  |  |  |   |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน  | N/A  |  |   |              |             |             |             |              |  |  |  |   |
| ผู้ประสานงาน<br>ตัวชี้วัด  | นางห้องใส<br>นางวรางคณา  | ม่วงประเสริฐ<br>ศิริวัลย์  | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ 083-7227716<br>เจ้าพนักงานสาธารณสุข 092-4696562  |              |             |             |             |              |  |  |  |   |

|               |   |
|---------------|---|
| ชื่อตัวชี้วัด | ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสในขององค์กรคุณธรรม<br>สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี 2560  |
| คำนิยาม       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์กร สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ในที่นี้ มุ่งเน้น การประเมินระดับการดำเนินงาน “องค์กรคุณธรรม” ของทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>● แนวคิด “องค์กรคุณธรรม” มาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้หน่วยงานใน สังกัด มีการบริหารและบริการภายใต้ระบบธรรมาภิบาล สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับการสร้างมาตรฐานด้านคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนทั่วไป โดยใช้การส่งเสริมการบริหารแผ่นดิน ที่มีธรรมาภิบาล โดยมุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับขององค์กรมีส่วนร่วมกำหนดหลักคุณธรรมในการทำงานบนพื้นฐานคุณภาพคู่คุณธรรม ด้วยความสุข สร้างวัฒนธรรมการทำงานที่โปร่งใส ซื่อสัตย์ ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพ</li> <li>● การดำเนินงาน “องค์กรคุณธรรม” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เป็นการดำเนินงานตามแนวคิด “หน่วยงานคุณธรรม” ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้วัฒนธรรมองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วมาเป็นคุณธรรมร่วมในการปฏิบัติงาน โดยนโยบายของผู้นำหน่วยงาน ประกาศคุณธรรมประจำหน่วยงานซึ่งมาจากวัฒนธรรมองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว คือ ซื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย</li> <li>● การควบคุมภายใน หมายความว่า การที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหารและบุคลากรของหน่วยงาน จัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายในด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน ด้านความเชื่อถือได้ของรายงานทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรี โดยการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย การระบุปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง ด้วยการจัดทำระบบขั้นตอนการปฏิบัติงานระยะเวลาแล้วเสร็จ และมีการค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกระบวนการ เพื่อนำความเสี่ยงที่มีหรือที่คาดเห็นมาจัดการความเสี่ยงให้หมดไปหรืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้</li> <li>● ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลความสูญเปล่าหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีผลกระทบหรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าประสงค์ และเป้าหมายขององค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์การปฏิบัติงาน การเงิน และการบริหาร ซึ่งอาจเป็นผลกระทบทางบวกด้วยก็ได้ โดยการวัดจากผลกระทบ (Impact) ที่ได้รับและโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) ของเหตุการณ์</li> <li>● ความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ หมายถึง การที่หน่วยงานทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงาน งาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการปฏิบัติราชการโดยมุ่งเน้นการมองเห็นภาพ โดยตลอดปราศจากประเด็นแอบแฝงซ่อนเร้น มีข้อมูลชัดเจน ละเอียด ประกอบการประสานงาน การร่วมมือร่วมใจ และการตัดสินใจ เพื่อทำให้เกิดความโปร่งใสในองค์กร (Corporate transparency) ที่เน้นการจัดอุปสรรค และ/หรือการอำนวยความสะดวกให้ประชาชน เข้าสู่ข้อมูลข่าวสารขององค์กร</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>กฎหมาย กฎระเบียบ และกระบวนการทำงานโดยสะดวก โดยความโปร่งใสที่ใช้ในการบริหารงาน หมายความว่า รวมถึง การสร้างความเปิดเผย เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจากภายในและภายนอก หน่วยงานสามารถเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ มีการสื่อสาร การแสดงความรับผิดชอบ พร้อมรับการ ตรวจสอบ รวมทั้งมีกระบวนการในการติดตามและประเมินผลที่ได้รับการยอมรับว่าเที่ยงตรงและเชื่อถือ ได้ด้วย (แนวทางสร้างมาตรฐานความโปร่งใสของส่วนราชการ : สำนักงาน ก.พ., 2553)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>การตรวจสอบภายใน</b> หมายความว่า งานที่มีลักษณะเป็นงานบริการให้ความเชื่อมั่น (Assurance Service) และงานบริการให้คำปรึกษา (Consulting Service) อย่างเที่ยงธรรมและเป็น อิสระ ในกระบวนการการกำกับดูแล การบริหารความเสี่ยง และการควบคุมภายในของส่วนราชการ เพื่อ เพิ่มคุณค่าให้กับส่วนราชการ โดยการปรับปรุงกระบวนการการกำกับดูแล การบริหารความเสี่ยงและการ ควบคุมของ ส่วนราชการให้ดีขึ้น</li> </ul> <p><b>มาตรฐานการตรวจสอบภายใน</b> ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานด้านคุณสมบัติ และมาตรฐาน การปฏิบัติงาน มาตรฐานด้านคุณสมบัติเป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงลักษณะของหน่วยงานและบุคลากรที่ทำ หน้าที่ตรวจสอบภายใน มาตรฐานการปฏิบัติงาน เป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงลักษณะของ งานตรวจสอบ ภายในและบรรทัดฐานที่สามารถใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>งานตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน สสจ.สระแก้ว</b> หมายความว่า หน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบภายในเฉพาะที่ได้รับมอบหมาย จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> <li>● <b>หน่วยรับตรวจ</b> หมายความว่า หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</li> </ul> |
| <p><b>เกณฑ์</b></p> <p><b>เป้าหมาย :</b></p> | <p>-ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรคุณธรรม ระดับ 5</p> <p>-ประสิทธิภาพในการจัดทำรายงานผลควบคุมภายในครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ระดับ 5</p>   |
| <p><b>วัตถุประสงค์</b></p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพื่อส่งเสริมบุคลากรของหน่วยงานในสังกัด เห็นความสำคัญและเสริมสร้างภาพลักษณ์ของ หน่วยงาน ให้มีความโปร่งใสและเป็นธรรม</li> <li>● เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับ มีกระบวนการทัศน์ วัฒนธรรม และ ค่านิยมในการปฏิบัติงานที่มุ่งเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาระบบราชการไทยโดยยึดหลักบริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดีหลักเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน</li> <li>● เพื่อส่งเสริมคุณธรรม ให้กับข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับ และเพิ่มประสิทธิภาพใน การปฏิบัติงาน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการทำงานให้มีคุณลักษณะเป็นข้าราชการยุค ใหม่ที่มีคุณธรรม จริยธรรม</li> <li>● เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว มีความ ครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลด ความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล ลื่นเปื้อน หรือการทุจริตในหน่วยงาน</li> <li>● เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยรับตรวจว่าเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรี และนโยบายที่กำหนด</li> <li>● เพื่อสอบทานและประเมินระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจว่าเหมาะสม</li> </ul>   |

|   |   |   |              |
|---|---|---|--------------|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตลอดจนให้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและประหยัด</li> <li>● เพื่อให้ผู้บริหาร ได้ทราบปัญหาการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา และสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์</li> </ul> |   |              |
| <b>ประชากร</b><br><b>กลุ่มเป้าหมาย</b>  | <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว/รพ.อรัญประเทศ)</p> <p>โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 7 แห่ง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ 9 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 108 แห่ง</p>   |   |              |
| <b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>   |   |   |              |
| <b>แหล่งข้อมูล</b>  | <p>-หลักฐานเชิงประจักษ์ตามระดับความสำเร็จ</p> <p>-กระดาษทำการ รายงานผลการตรวจสอบภายใน</p>   |   |              |
| <b>รายการข้อมูล 1</b>   | รายงานผล รอบ 6 เดือน  |   |              |
| <b>รายการข้อมูล 2</b>   | รายงานผล รอบ 12 เดือน   |   |              |
| <b>สูตรคำนวณ</b><br><b>ตัวชี้วัด</b>  | —   |   |              |
| <b>ระยะเวลา</b><br><b>ประเมินผล</b>   | 1 ต.ค. 59 – 30 กันยายน 2560   |   |              |
| <b>เกณฑ์การประเมิน :</b>  |   |   |              |
| <p>พิจารณาตามระดับความก้าวหน้าของการดำเนินงานองค์กรคุณธรรม โดยแบ่งเกณฑ์การพิจารณา คุณธรรมที่หน่วยงาน เลือจากวิสัยทัศน์องค์กร</p> <p>คะแนนตัวชี้วัด : 5 คะแนน</p> <p>พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้</p> |   |   |              |
| <b>ระดับ</b>  | <b>รายละเอียดการดำเนินงาน</b>   | <b>หลักฐานประกอบการประเมิน</b>  | <b>คะแนน</b> |
| 1   | <p>- มีการจัดประชุมชี้แจงนโยบาย และการระดมความคิดเห็นเพื่อหา</p> <p>คุณธรรมร่วม ที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติในการนำไป</p> <p>พัฒนา “องค์กรคุณธรรม”</p>  | <p>1. รายงานการประชุมชี้แจงนโยบาย</p> <p>2. รายงานการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อหาคุณธรรมที่</p> <p>บุคลากรในหน่วยงานเลือกและยึดเป็นข้อปฏิบัติ</p> <p>3. มีการประชุมมอบนโยบายในที่ประชุม คปสจ./คปสอ. /</p> <p>กบห.</p>                           | 1            |
| 2   | <p>ดำเนินการระดับ 1 และมีการ</p> <p>- ประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์</p> <p>ประจำหน่วยงาน</p> <p>- แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน</p> <p>- จัดทำแผนเสริมสร้างพัฒนา</p> <p>“องค์กรคุณธรรม”</p>   | <p>1. เอกสาร/ภาพถ่ายการประกาศคุณธรรม/อัตลักษณ์</p> <p>ประจำหน่วยงาน</p> <p>2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน(ควบคุมภายใน,</p> <p>ตรวจสอบภายใน,องค์กรคุณธรรม)</p> <p>3. เอกสารแผนและดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา</p> <p>“องค์กรคุณธรรม”</p> | 2            |

|                    |  |  |   |
|--------------------|--|--|---|
|                    |  | 4. มีแผนปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด  |   |
| 3                  | ดำเนินการระดับ 2 และมี การดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน   | 1.เอกสาร/หลักฐานการดำเนินงานตามแผนฯ เช่น โครงการ/ภาพถ่ายกิจกรรม เอกสารรายงานผลต่อผู้บริหาร<br>2.นำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานการควบคุมภายใน ของ คตง.<br>3.มีผังการดำเนินงาน (Flow Chart) และคำสั่งมอบหมาย Job Description รายบุคคล   | 3 |
| 4                  | ดำเนินการระดับ 3 และมีผลลัพธ์การดำเนินการตามแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน   | 1.เอกสาร/หลักฐานแสดงผลลัพธ์ของแผนเสริมสร้างพัฒนา “องค์กรคุณธรรม” ครบถ้วน<br>2.การจัดทำรายงานระดับองค์กร แบบ ปอ.1 แบบ ปอ.2 แบบ ปอ.3 แล้วเสร็จภายใน 90วัน นับจาก สิ้นปีงบประมาณ(ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2559)<br>กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับจาก สิ้นปีงบประมาณ(ภายในวันที่30 พฤศจิกายน 2559)<br>3.มีสรุปผลรายงานผลการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ | 4 |
| 5                  | ดำเนินการระดับ 4 และมี การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ และการปรับ แก้ไขพัฒนาการดำเนินงานให้มีผลสำเร็จ/มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น  | 1. เอกสาร/หลักฐานแสดงการติดตาม/รายงานผล รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน<br>2. เอกสาร/หลักฐานแสดงการประเมินผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป<br>3.มีสรุปรายงานผลการตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและผลการติดตามข้อเสนอแนะจากหน่วยรับตรวจ<br>4.มีรายงานผลการติดตามประเมินผลด้านการควบคุมภายใน รอบ 6 เดือน 12 เดือน              | 5 |
| วิธีการประเมินผล : | ประเมินในระดับ คปสอ. โดยให้ รพ. และ สสอ. จัดส่งรายงาน และ/หรือ เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว<br>ดังนี้ กำหนดการจัดส่งรายงาน รอบ 6, 12 เดือน หมายถึง<br>- รอบ 6 เดือน จัดส่งภายในวันที่ 31 มีนาคม 2560<br>- รอบ 12 เดือน จัดส่งภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2559 และ 15 ตุลาคม 2560 |  |   |
| เอกสารสนับสนุน     | ระเบียบ คตง. /แบบกระดาดำทำกร   |  |   |



|                             |   |
|-----------------------------|---|
| รายละเอียดข้อมูล<br>พื้นฐาน | -   |
| ผู้ประสาน งาน<br>ตัวชี้วัด  | นางผ่องใส ม่วงประเสริฐ      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ 083-7227716<br>นางวรางคณา      ศิวาลัย      เจ้าพนักงานสาธารณสุข 092-4696562 |

|           |  |
|-----------|--|
| ตัวชี้วัด | หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง สามารถควบคุมป้องกันปัญหาทางการเงินไม่ให้ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน   |
| คำนิยาม   | <p>1. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง การประเมินกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการการเงินการคลังในระดับอำเภอ โดยมีและใช้เครื่องมือการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ ผลการประเมินเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI (การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง) ให้สามารถเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลังและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาของเครือข่ายบริการ เพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการโดยมีรายงานผลการดำเนินการและสถานการณ์แก่ผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง</p> <p>1.1 เกณฑ์การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง(Financial Management: FM) โดยมีองค์ประกอบประเมิน</p> <p>ข้อ 1 มีคณะทำงานบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการและมีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลัง</p> <p>ข้อ 2 มีคณะกรรมการจัดทำแผนทางการเงิน(Planfin)ของหน่วยบริการ ที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย/กลุ่มงาน</p> <p>ข้อ 3 มีการติดตามการบริหารแผนทางการเงิน (Planfin) ให้เป็นไปตามทุกไตรมาส</p> <p>ข้อ 4 ใช้เครื่องมือทางการเงินเพื่อเฝ้าระวังและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร(ดัชนี 7 ระดับดัชนี 7 ระดับพลัส,ค่ากลางของกลุ่มระดับ รพ.,ต้นทุนบริการของหน่วยบริการ,และ LOI ฯลฯ)</p> <p>ข้อ 5 มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จ ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ 7 ตามเกณฑ์การประเมินวิกฤติของกระทรวง</p> <p>2) ความสามารถควบคุมป้องกันปัญหาทางการเงินไม่ให้ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น 7 ระดับประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน 3 กลุ่ม ได้แก่</p> <p>1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio)</p> <p>2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA)</p> <p>3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือ จะหมดภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน</p> <p>ระดับคะแนนที่แสดงถึงการขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุดคือระดับ 7 โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้</p> |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
|                             | <p>1) Current Ratio &lt; 1.5 = 1 คะแนน</p> <p>2) Quick Ratio &lt; 1.0 = 1 คะแนน</p> <p>3) Cash Ratio &lt; 0.8 = 1 คะแนน</p> <p>4) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = 1 คะแนน</p> <p>5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน</p> <p>6) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย &lt; 3 เดือน = 2 คะแนน</p> <p>7) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย &lt; 6 เดือน = 1 คะแนน</p> <p>หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส</p>                                       |
| <b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>        | ระดับโรงพยาบาล : ไม่มีปัญหาทางการเงินระดับ 7   |
| <b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b> | <p>โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระแก้ว ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลวัฒนานคร โรงพยาบาลวังน้ำเย็น โรงพยาบาลคลองหาด โรงพยาบาลตาพระยา โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์ โรงพยาบาลโคกสูง และโรงพยาบาลวังสมบูรณ์</li> </ul>  |
| <b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b> | <p>1. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระแก้ว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คำสั่งคณะกรรมการ CFO</li> <li>- รายงานงบการเงิน</li> <li>- สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO</li> <li>- แผนแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลัง กรณีที่มีภาวะวิกฤตระดับ 4 ขึ้นไปของ CUP</li> <li>- เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการ Financial Administration Index : FAI</li> </ul> <p>2. จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์(<a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a>)</p> |
| <b>แหล่งข้อมูล</b>          | <p>กลุ่มฝ่ายบริหารงานทั่วไป/กลุ่มงานประกันสุขภาพ ของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระแก้ว</p> <p>กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p>   |
| <b>รายการข้อมูล 1</b>       | A1= จำนวนข้อการปฏิบัติตามเกณฑ์การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง   |
| <b>รายการข้อมูล 2</b>       | B1= ผลลัพธ์การดำเนินงานระดับภาวะวิกฤติ 0-7   |
| <b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>   | ระดับโรงพยาบาล = A1+B1   |
| <b>ระยะเวลาประเมินผล</b>    | รายไตรมาส (ธันวาคม 2559, มีนาคม 2560, มิถุนายน 2560, กันยายน 2560)   |

|   |  |                    |                     |
|---|--|--------------------|---------------------|
| <b>รายละเอียด<br/>ข้อมูลพื้นฐาน</b>                                 | ปีงบประมาณ 2559 ไม่มีโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงินระดับ 7 และมีโรงพยาบาลประสบปัญหาทางการเงินระดับต่างๆ ดังนี้ มีโรงพยาบาลที่อยู่ระดับปกติ จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลวังน้ำเย็น และโรงพยาบาลเขาคกรรจ์ มีโรงพยาบาลที่อยู่ระดับ 1 จำนวน 2 แห่ง คือโรงพยาบาลตาพระยา และโรงพยาบาลวัฒนานคร มีโรงพยาบาลที่อยู่ระดับ 2 จำนวน 1 แห่งคือ โรงพยาบาลคลองหาด มีโรงพยาบาลที่อยู่ระดับ 4 จำนวน 1 แห่ง คือโรงพยาบาลอรัญประเทศ   |                    |                     |
| <b>เกณฑ์การประเมิน:ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส</b> |  |                    |                     |
| <b>รอบ 3 เดือน</b>  | <b>รอบ 6 เดือน</b>   | <b>รอบ 9 เดือน</b> | <b>รอบ 12 เดือน</b> |
|   |  |                    |                     |
| <b>วิธีการประเมินผล</b>   | <b>ประเมินผลการดำเนินงาน)</b><br>ส่วนที่ 1 กระบวนการของประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง<br>มีทั้ง 5 ข้อ = 60 คะแนน<br>มี 4 ข้อ = 50 คะแนน<br>มี 3 ข้อ = 40 คะแนน<br>มี 2 ข้อ = 30 คะแนน<br>มีน้อยกว่า 2 ข้อ = 0 คะแนน<br>ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงานระดับปัญหาทางการเงิน<br>ระดับ 0 = 40 คะแนน<br>ระดับ 1 = 35 คะแนน<br>ระดับ 2 = 30 คะแนน<br>ระดับ 3 = 25 คะแนน<br>ระดับ 4 = 20 คะแนน<br>ระดับ 5 = 15 คะแนน<br>ระดับ 6 = 10 คะแนน<br>ระดับ 7 = 00 คะแนน<br><u><b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b></u><br>A = กระบวนการของประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง<br>B = ผลลัพธ์การดำเนินงานระดับภาวะวิกฤติ<br>C = คะแนนรวม 100 คะแนน<br>ทั้งนี้ได้แบ่งระดับการประเมินเป็น 5 คะแนน ได้แก่<br>คะแนน 00-20 ได้ 1 คะแนน<br>คะแนน 21-40 ได้ 2 คะแนน<br>คะแนน 41-60 ได้ 3 คะแนน<br>คะแนน 61-80 ได้ 4 คะแนน<br>คะแนน 81-100 ได้ 5 คะแนน |                    |                     |

|  |  |
|--|--|
| เอกสารสนับสนุน                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- คำสั่งคณะกรรมการ CFO</li> <li>- รายงานงบการเงิน</li> <li>- แผน Planfin ดัชนี 7 ระดับ,ดัชนี 7 ระดับพลัส,ค่ากลางของกลุ่มระดับ รพ.,ต้นทุนบริการของหน่วยบริการ,และ LOI</li> <li>- สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO</li> <li>- แผนแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลัง กรณีที่มีภาวะวิกฤตระดับ 4 ขึ้นไปของ CUP</li> <li>- เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการ Financial Administration Index</li> <li>- แบบประเมินผลการปฏิบัติราชการ</li> </ul> |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | <p>นายสุรชัย เทียมพูล</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 03-742-5151      โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>E-mail :</p>  |



|  |   |
|--|---|
|  | <p>โทรสาร : 0-3742-5141 ต่อ 100      E-mail : sakidth@gmail.com</p> <p>2. นายจิรเดช ช่างสาย      นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-3742-5141 ต่อ 109      โทรศัพท์มือถือ :</p> <p>โทรสาร : 0-3742-5141 ต่อ 100      E-mail : narutozza@gmail.com</p> <p>งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</p> |
|--|---|

|                      |   |  |  |  |
|----------------------|---|--|--|--|
| ชื่อตัวชี้วัด        | ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3  |  |  |  |
| คำนิยาม              | <p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว</p> <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง</li> <li>- HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป</li> <li>- HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน</li> </ul> |  |  |  |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3  |  |  |  |
| วัตถุประสงค์         | เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้มีคุณภาพมาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพมาตรฐาน HA   |  |  |  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว  |  |  |  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รวบรวมข้อมูลจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)   |  |  |  |
| แหล่งข้อมูล          | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)   |  |  |  |
| รายการข้อมูล 1       | A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้ว ที่ผ่านเกณฑ์รับรอง HA ชั้น 3  |  |  |  |
| รายการข้อมูล 2       | B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระแก้วทั้งหมด  |  |  |  |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $(A/B) \times 100$  |  |  |  |
| ระยะเวลาประเมินผล    | ไตรมาส 4  |  |  |  |
| การประเมิน           | ปี 2560 :   |  |  |  |
|                      | รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน  | รอบ 12 เดือน   |
|                      | ประชุมโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานปีที่ผ่านมาและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมาย ปี 2560   | คณะกรรมการ QLN จังหวัดสระแก้ว ลงเยี่ยมหน้างานโรงพยาบาลทุกแห่งเพื่อนิเทศงานกำกับติดตามความพร้อมการขอรับรอง HA | คณะกรรมการ QLN จังหวัดสระแก้ว ลงประเมินมาตรฐานระบบงานที่สำคัญเช่นระบบ LAB ระบบรังสีวินิจฉัย และมาตรฐาน HA เพื่อเตรียมความพร้อมก่อน สรพ. ลงประเมินรับรองคุณภาพ HA | -รวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)<br>-ประชุมสรุปถอดบทเรียนเพื่อทำแผนพัฒนาปรับปรุงปีต่อไป |



|                         |  |          |                                    |      |       |
|-------------------------|--|----------|------------------------------------|------|-------|
| วิธีการประเมินผล :      | รวบรวมผลการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลทุกแห่ง<br>เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณของทุกปี  |          |                                    |      |       |
| เอกสารสนับสนุน :        | ใบรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาล โดย สรพ.  |          |                                    |      |       |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | Baseline<br>data   | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. |      |       |
|                         | รพ.ที่ผ่าน HA  | ร้อยละ   | 2557                               | 2558 | 2559  |
|                         |  |          | 71.43                              | 100  | 55.55 |
| ผู้ประสานงานตัวชี้วัด   | <p>1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>         กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0931352508<br/>         E-mail : H_kodchapan@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข<br/>         กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298<br/>         E-mail : <a href="mailto:Aomam_kanya@hotmail.com">Aomam_kanya@hotmail.com</a></p> |          |                                    |      |       |

|   |  |
|---|--|
| <b>ชื่อตัวชี้วัด</b>  | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล   |
| <b>คำนิยาม</b>  | งานการเงินและบัญชี จัดเป็นงานสนับสนุนที่สำคัญของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ การ ปฏิบัติงาน เป็นไปตามแผนงาน หรือนโยบายที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นงานที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จะต้องศึกษาระเบียบวิธีปฏิบัติและนำไปปฏิบัติให้ ถูกต้อง เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงาน ตลอดจนมีการจัดการเกี่ยวกับการรับและจ่ายเงินของ หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักการทางเศรษฐศาสตร์ หลักทางการบริหาร และ รวมทั้งหลักการคลังทั่วไป |
| <b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>  | ประเมินคุณภาพระบบบัญชี<br><u>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน</u><br><u>ระดับคะแนน</u><br>90-100      ระดับ A <sup>+</sup> ได้ 10 คะแนน<br>80-89        ระดับ A        ได้ 8 คะแนน<br>70-79        ระดับ B        ได้ 6 คะแนน<br>60-69        ระดับ C        ได้ 4 คะแนน<br>50-59        ระดับ D        }<br>40-49        ระดับ E        } ได้ 0 คะแนน<br>น้อยกว่า 40    ระดับ F        }  |
| <b>วัตถุประสงค์</b>   | 1. เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติที่ถูกต้อง<br>2. เพื่อให้การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการมีคุณภาพน่าเชื่อถือได้<br>3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพระบบบัญชีให้มีประสิทธิภาพ   |
| <b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>   | รพท. 2 แห่ง รพช .7 แห่ง  |
| <b>แหล่งข้อมูล</b>  | รายงานผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีโรงพยาบาล   |
| <b>รายการข้อมูล 1</b>   | A = ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล   |
| <b>ระยะเวลาประเมินผล</b>  | 12 เดือน   |
| <b>เกณฑ์การประเมิน :</b>  |  |
| <u>โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน</u>   |  |
| <b>เกณฑ์การประเมิน</b>  | <b>หลักฐานประกอบการประเมิน</b>   |
| การตรวจสอบคุณภาพระบบบัญชี หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>สระแก้ว ประจำปี 2560 ดำเนินการตรวจสอบโดย คณะกรรมการตรวจสอบบัญชี<br>ระดับจังหวัด โดยใช้เกณฑ์การประเมิน<br>ของเขตบริการสุขภาพที่ 6 แบ่งเป็น 9 หมวด ดังนี้ | แบบสรุปรายการตรวจสอบคุณภาพ<br>ระบบบัญชี หน่วยบริการ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>สระแก้ว ประจำปี 2560  |

| ลำดับ                   | รายการที่ตรวจสอบ  | คะแนน      |
|-------------------------|---|------------|
| 1                       | หมวดสินทรัพย์ (เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด)  | 10         |
| 2                       | หมวดสินทรัพย์ (ลูกหนี้การค้ารักษาพยาบาล)  | 20         |
| 3                       | หมวดสินทรัพย์ (วัสดุคงคลัง)   | 15         |
| 4                       | หมวดสินทรัพย์ (สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน)   | 5          |
| 5                       | หมวดทุน (กำไรสะสมแก้ไขจากผิดพลาด / กำไรสะสมกองทุน UC ปีก่อน)  | 5          |
| 6                       | เจ้าหนี้การค้า/ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย/ใบสำคัญค้างจ่าย /การค้ารักษาพยาบาลตามจ่าย   | 15         |
| 7                       | หมวดเงินกองทุนและเงินรับฝากต่างๆ  | 10         |
| 8                       | รายได้การค้ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น  | 10         |
| 9                       | หมวดค่าใช้จ่าย  | 10         |
|                         | <b>รวม</b>  | <b>100</b> |
| วิธีการประเมินผล :      | ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง   |            |
| เอกสารสนับสนุน :        | -----   |            |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <b>ผลการตรวจสอบคุณภาพระบบการเงินและบัญชี หน่วยบริการ ประจำปี 2559</b><br>1. รพ.สระแก้ว ระดับ A<br>2. รพ.อรัญประเทศ ระดับ B<br>3. รพ.วัฒนานคร ระดับ B<br>4. รพ.วังน้ำเย็น ระดับ B<br>5. รพ.ตาพระยา ระดับ A<br>6. รพ.คลองหาด ระดับ A<br>7. รพ.เขาฉกรรจ์ ระดับ A<br>8. รพ.โคกสูง ระดับ B<br>9. รพ.วังสมบูรณ์ ระดับ C |            |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด   | 1.นางจามจรี สมบัติวงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป<br>2.นางสาวสุธาทิพย์ ปริญญาวัฒน์ หัวหน้างานการเงินและบัญชี<br>037-425141-4 ต่อ 206   |            |

| ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ   | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)   |
|---|---|
| <p><b>คำนิยาม</b></p> <p><b>1. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล</b> เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็นจำนวน 20 ตัวชี้วัด (กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M1 จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance ; AMR) 1 ตัวชี้วัด)</p> <p><b>2. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้</b></p> <p><b>ขั้นที่ 1 การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย</li> <li>▪ RDU 2 หมายถึง โรงพยาบาลลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย</li> </ul> |   |
| <p style="text-align: center;"><b>RDU 1 : ประเมิน (Process)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital</li> <li>2. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล</li> <li>3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด</li> <li>4. มีการติดตามประเมินผล</li> <li>5. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล</li> </ol>   | <p style="text-align: center;"><b>RDU 2</b></p> <p style="text-align: center;">-</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</b></p> <p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</li> <li>3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</li> <li>4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา</li> <li>5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</li> </ol>  | <p style="text-align: center;"><b>RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</b></p> <p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> |

## ขั้นที่ 2 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU

| RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)   | RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)  |
|---|--|
| <p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1</li> <li>อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนด คลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด</li> <li>การใช้จ่าย NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</li> <li>การใช้จ่าย glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</li> <li>การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</li> <li>การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M 1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด</li> </ol> | <p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> |

## ขั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU

| RDU 1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)   | RDU 2 : ประเมินผลดำเนินงาน(Output)   |
|---|--|
| <p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด</li> <li>การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 50 จาก Baseline data</li> </ol> | <p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค</p> |

### 3. ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance ; AMR) ในกระแสเลือด

หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย 8 ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella spp.*, *Enterococcus* และ *Streptococcus pneumonia*.

### เป้าหมาย

| ปีงบประมาณ 60  | ปีงบประมาณ 61  | ปีงบประมาณ 62  | ปีงบประมาณ 63  | ปีงบประมาณ 64   |
|--|--|--|--|---|
| โรงพยาบาลในสังกัด กสธ. เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU1 และ RDU2) ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่งและขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่งและขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่งและขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาล |

|  |  |  |   |         |  |
|--|--|--|---|---------|--|
| ของโรงพยาบาลทั้งหมด  |  |  |   | ทั้งหมด |  |
| วัตถุประสงค์   | 1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา<br>2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา |  |   |         |  |
| ประชากร<br>กลุ่มเป้าหมาย                                   | โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิใน<br>เครือข่ายระดับอำเภอ             |  |   |         |  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล                                       | รายงาน   |  |   |         |  |
| แหล่งข้อมูล  | ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน   |  |   |         |  |
| รายการข้อมูล 1   | A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)  |  |   |         |  |
| รายการข้อมูล 2   | B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด  |  |   |         |  |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $(A/B) \times 100$   |  |   |         |  |
| ระยะเวลาประเมินผล  | ไตรมาส 4   |  |   |         |  |
| เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560                                  |  |  |   |         |  |
| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน                                | รอบ 12 เดือน  |         |  |
| มีนโยบายและแผนการ<br>ดำเนินงานเพื่อ<br>ขับเคลื่อนตามแนวทาง | มีกิจกรรมส่งเสริม<br>RDU-AMR   | มีรายงานผล<br>การดำเนินงาน<br>ตามตัวชี้วัด | ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลและสรุป<br>ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล<br>ชั้นที่ 1 (เป้าหมาย ร้อยละ 80) |         |  |
| วิธีการประเมินผล :   | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล   |  |   |         |  |
| เอกสารสนับสนุน :   | รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม<br>เหตุผล           |  |   |         |  |
| รายละเอียดข้อมูล<br>พื้นฐาน                                | Baseline<br>data   | หน่วย<br>วัด                               | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.  |         |  |
|  |  |  | 2557  | 2558    | 2559   |
|  | RDU<br>ชั้นที่ 1   | ร้อยละ                                     | -   | -       | 15 %<br>(รพ. 133 แห่งดำเนินโครงการ RDU Hospital<br>จากรพ.ทั้งหมด 896 แห่ง) |
|  | การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)   |  |   |         |  |
| ผู้ประสานงานตัวชี้วัด                                      | นายธานีษ ศิริปิ่น หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค<br>โทร 037 425 141 – 4 ต่อ 103                        |  |   |         |  |

ตัวชี้วัด เพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

1. ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล ( RDU ๑ - RDU Hospital) จำนวน 18 ตัวชี้วัด

| ลำดับ | ตัวชี้วัด  | เกณฑ์  |
|-------|--|--|
| 1.    | ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ   | รพ.ระดับ<br>A ≥ ร้อยละ 75<br>S ≥ ร้อยละ 80<br>M1-M2 ≥ ร้อยละ 85<br>F1-F3 ≥ ร้อยละ 90 |
| 2.    | ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล                              | ระดับ 3  |
| 3.    | การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน  | รายการยา 13 กลุ่ม  |
| 4.    | รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล  | ≤ 1 รายการ   |
| 5.    | การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา   | ระดับ 3  |
| 6.    | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก   | ≤ ร้อยละ 20  |
| 7.    | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน  | ≤ ร้อยละ 20  |
| 8.    | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ  | ≤ ร้อยละ 40  |
| 9.    | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด  | ≤ ร้อยละ 10  |
| 10.   | ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง                             | ร้อยละ 0   |
| 11.   | ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร   | ≤ ร้อยละ 5   |
| 12.   | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) | ≥ ร้อยละ 80  |
| 13.   | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน  | ≤ ร้อยละ 5   |
| 14.   | ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs   | ≤ ร้อยละ 10  |
| 15.   | ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid  | ≥ ร้อยละ 80  |
| 16.   | ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate                   | ≤ ร้อยละ 5   |
| 17.   | จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว(* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)                  | 0 คน   |

|     |  |             |
|-----|--|-------------|
| 18. | ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating | ≤ ร้อยละ 20 |
|-----|--|-------------|

## 2. ตัวชี้วัด RDU ระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU 2 - RUA PCU/CMU) จำนวน 2 ตัวชี้วัด

| ลำดับ | ตัวชี้วัด   | เกณฑ์      |
|-------|---|------------|
| 19.   | ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน<br>≤ ร้อยละ 20 | ร้อยละ 100 |
| 20.   | ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มี การใช้อาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20  | ร้อยละ 100 |

\* รายละเอียดตัวชี้วัดจะจัดส่งให้ภายหลัง

## 3. ตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance : AMR จำนวน 1 ตัวชี้วัด สำหรับรพ.ระดับ A, S และ M1

| ลำดับ | ตัวชี้วัด  | เกณฑ์  |
|-------|--|--|
| 2๑.   | อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (แบคทีเรียดื้อยา ได้แก่ <i>Acinetobacter spp.</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Enterococcus</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i> .) | ปีแรกให้มีรายงาน เป็น baseline data และลดลงในปีถัดไป |

### การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR)

การส่งเสริมการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญในการลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งขณะนี้ เป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดความสำคัญเป็นลำดับแรกในการพัฒนาให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ดังนั้น เพื่อให้การจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ดังนี้

1. บูรณาการระบบงานและการดำเนินงานของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) องค์กรแพทย์/ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team : PCT) ทุกสาขา คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Committee : ICC) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ โดยโรงพยาบาลจะต้องกำหนดนโยบาย และทิศทางในการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ และจัดให้มีทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
2. มีแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่
  - 2.๑ การเฝ้าระวังและวินิจฉัยเชื้อและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ และระบบเตือน (Lab alert) อย่างทันสถานการณ์
  - 2.2 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล และระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
  - 2.3 การดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic Stewardship)
  - 2.4 การจัดทำข้อมูลและรายงานสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับเชื้อดื้อยา (AMR) ของโรงพยาบาล ได้แก่



- รายงานการดื้อยาของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลทางห้องปฏิบัติการประจำปี
- มี Antibiogram ของโรงพยาบาล โดยแยก site of infection และหอผู้ป่วย ICU & non ICU
- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล แยกการติดเชื้อไม่ดื้อยา และการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
- อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ
- มูลค่าและจำนวน (Defined Daily Dose: DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะ
- ผลการประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (DUE/DUR)

รายการเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและยาต้านจุลชีพที่สำคัญที่ใช้เป็นสัญญาณเตือนระดับประเทศ ได้แก่

#### 1. *Acinetobacter baumannii*

- Carbapenem
- Colistin\*

#### 2. *Pseudomonas aeruginosa*

- Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam)
- Carbapenem
- Colistin

#### 3. *Klebsiella pneumoniae*

- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
- Carbapenem
- Colistin

#### 4. *Staphylococcus aureus*

- Methicillin (MRSA)
- Vancomycin (VISA and VRSA)

#### 5. *Escherichia coli*

- Colistin
- Carbapenem
- Fluoroquinolone (Ciprofloxacin)
- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

#### 6. *Salmonella* spp.

- Colistin
- Fluoroquinolone (Ciprofloxacin)
- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

#### 7. *Enterococcus*

- Vancomycin (VRE)

#### 8. *Streptococcus pneumoniae*

- Penicillin (Ampicillin)
- Macrolide (Erythromycin)
- Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

|  |   |              |             |             |             |         |
|--|---|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| ชื่อตัวชี้วัด  | ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)   |              |             |             |             |         |
| คำนิยาม  | กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติ และมีความพิการ<br>ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก |              |             |             |             |         |
| เกณฑ์เป้าหมาย :  | ปีงบประมาณ  | ปีงบประมาณ   | ปีงบประมาณ  | ปีงบประมาณ  | ปีงบประมาณ  |         |
|  | 60  | 61           | 62          | 63          | 64          |         |
|  | ร้อยละ 52   | ร้อยละ 54    | ร้อยละ 56   | ร้อยละ 58   | ร้อยละ 60   |         |
| วัตถุประสงค์   | เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี  |              |             |             |             |         |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย   | เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี   |              |             |             |             |         |
| การจัดเก็บข้อมูล   |   |              |             |             |             |         |
| แหล่งข้อมูล  | 1. ฐานข้อมูล 43 แห่งรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข<br>2. ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)   |              |             |             |             |         |
| รายการข้อมูล 1   | A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)  |              |             |             |             |         |
| รายการข้อมูล 2   | B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน   |              |             |             |             |         |
| รายการข้อมูล 3   | C= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจ   |              |             |             |             |         |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $(A+B)/C \times 100$  |              |             |             |             |         |
| ระยะเวลาประเมินผล  | 1 ต.ค. 59 – 30 สิงหาคม 2560   |              |             |             |             |         |
| เกณฑ์การประเมิน  |   |              |             |             |             |         |
| : เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้ง ปี 2560  |   |              |             |             |             |         |
| A : Caries free จะต้องไม่ต่ำกว่าค่าพื้นฐาน(Baseline) จังหวัดที่ไม่มี Baseline ให้ใช้ ร้อยละ 50 |   |              |             |             |             |         |
| ผลงาน ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)                                    |   |              |             |             |             |         |
|  | คะแนน 0   | คะแนน 1      | คะแนน 2     | คะแนน 3     | คะแนน 4     | คะแนน 5 |
|  | < 52.00   | 52.00 -52.99 | 53.00-53.99 | 54.00-54.99 | 55.00-55.99 | > 56.00 |

**วิธีการประเมินผล :**

ผลการดำเนินงาน จากข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้ง ปี 2560

ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

| คะแนน 0 | คะแนน 1      | คะแนน 2     | คะแนน 3     | คะแนน 4     | คะแนน 5 |
|---------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| < 52.00 | 52.00 -52.99 | 53.00-53.99 | 54.00-54.99 | 55.00-55.99 | > 56.00 |

| กลไก              | รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน                            |
|-------------------|--|---|---|---|
| สสจ/รพท./<br>รพช. | - ประชุม CUP เพื่อทำ<br>แผนปฏิบัติงาน<br>- สุ่มสำรวจโรงเรียนปลอด<br>น้ำอัดลมฯ<br>- จัดบริการสุขภาพช่อง<br>ปากแก่นักเรียน | - ควบคุม กำกับงานเป็นไปตาม<br>แผน<br>- สุ่มประเมินการยึดติดบริการ<br>เคลือบหลุมร่องฟัน<br>- นิเทศงานสุขภาพช่องปากใน<br>รพ.สต. | -สำรวจสุขภาพ<br>ช่องปากระดับ<br>อำเภอ<br>-รายงานผ่าน<br>ระบบรายงาน/<br>การนิเทศ | - รายงานผ่าน<br>ระบบรายงาน/<br>การนิเทศ |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>เอกสาร<br/>สนับสนุน :</b> | 1.สรุปการประชุม CUP แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.รวมทั้งแผนสนับสนุนวัสดุ<br>อุปกรณ์และแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากระดับตำบล<br>2.ผังการควบคุม กำกับงาน<br>3.สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหาในปีงบประมาณที่ผ่านมา<br>4.วัดผลการดำเนินงาน เด็ก 6 – 12 ปี ได้รับบริการทันตกรรมจาก HDC<br>5. วัดผลการดำเนินงานจากระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02) |
|------------------------------|--|

|  |   |          |               |
|--|---|----------|---------------|
| <b>รายละเอียด<br/>ข้อมูล<br/>พื้นฐาน</b> | <b>Bbaseline data</b>                                 |          |               |
|  | เกณฑ์   | หน่วยวัด | ปีงบประมาณ 59 |
|  | ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | ร้อยละ   | 50            |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>ผู้กำกับดูแล<br/>ตัวชี้วัด</b> | นางสาวเหมือนฝัน ตันเจริญ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ<br>นางสาวอรพิน หมู่ภัทรโรจน์ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ<br>นางสาวปราณีต เกตุชาติ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน<br>0 3742 5141 - 4 ต่อ 105 |
|-----------------------------------|--|

กรอบการประเมิน รพ.สต. ตัดดาว จังหวัดสระแก้ว ปี 2560

ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2559

| เกณฑ์   |
|---|
| <b>หมวด 1 การนำองค์กร และการจัดการที่ดี</b>                                   |
| <b>1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล</b>   |
| 1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร   |
| 1.1.1.1 มีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ(DHS)/คณะกรรมการสุขภาพตำบล   |
| 1.1.1.2 การกำหนดและถ่านทอดทิศทาง  |
| 1.1.1.3 การกำกับดูแล  |
| 1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน   |
| 1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ  |
| 1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม   |
| 1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม   |
| 1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่สำคัญ                                     |
| <b>1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ</b>   |
| 1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์   |
| 1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์                                  |
| 1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ   |
| 1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ                        |
| <b>1.3 ระบบงาน/กระบวนการงานที่สำคัญ</b>                                       |
| 1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี  |
| 1.3.2 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม                                       |
| 1.3.3 การจัดบริการสนับสนุน  |
| 1.3.3.1 การป้องกัน และการควบคุมการติดเชื้อ(IC)                                |
| 1.3.3.2 ระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ(LAB)                           |
| 1.3.3.3 เกสซ์กรรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ                                 |
| 1.3.3.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ(IT)                                      |
| 1.3.3.5 ระบบ RM   |
| 13.3.6 ระบบงาน PCT  |
| 13.3.7 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV)                           |
| <b>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</b> |

|   |
|---|
| 2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ  |
| 2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย   |
| 2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย  |
| 2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม  |
| 2.5 ความสัมพันธ์ ความพึงพอใจของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน   |
| <b>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</b>  |
| 3.1 มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ  |
| 3.2 มีการสร้างความผูกพัน และความพึงพอใจแก่บุคลากร   |
| 3.3 มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากร และการประเมินผลการปฏิบัติงาน   |
| 3.3.1 มีการจัดระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็น   |
| 3.3.2 มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร   |
| 3.4 มีการเสริมพลังประชาชน และครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care)   |
| <b>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</b>   |
| 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)  |
| 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)  |
| 4.2.1 OPD + 4.2.5 NCD   |
| 4.2.2 ER  |
| 4.2.3 ANC   |
| 4.2.4 WCC   |
| 4.2.6 แผนไทย  |
| 4.2.7 ทันตกรรม  |
| 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาทเจ้าหน้าที่/ อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)  |
| 4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/ Palliative care   |
| 4.3.2 SRRT  |
| 4.3.3 การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ยา และเครื่องสำอางค์   |
| <b>หมวด 5 ผลลัพธ์</b>   |
| 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)  |
| 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)   |
| 5.2.1 ตัวชี้วัดกลางงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)  |
| 5.2.1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35-74 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ |

|  |
|--|
| 5.2.1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35-74 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่  |
| 5.2.1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์  |
| 5.2.1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก   |
| 5.2.1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)  |
| 5.2.1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea)  |
| 5.2.1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) |
| 5.2.1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี   |
| <b>5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)</b>  |
| 5.2.2.1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย   |
| 5.2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk)  |
| 5.2.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr   |
| 5.2.2.4 ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด (รอกกระทรวงฯกำหนดรายละเอียด)   |
| 5.2.2.5 หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happy work life index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ (รอกกระทรวงฯกำหนดรายละเอียด)   |
| <b>5.2.3 ตัวชี้วัดเขต (รอกการลงรายละเอียดตัวชี้วัดจากเขตสุขภาพที่ 6)</b>   |
| <b>5.2.4 ตัวชี้วัดจังหวัด</b>  |
| 5.2.4.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5ปี (Fully immunized)   |
| 5.2.4.2 ระดับความสำเร็จในบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  |
| 5.2.4.3 ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80                                      |
| 5.2.4.4 ร้อยละของคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ  |
| 5.2.4.5 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม  |
| 5.2.4.6 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน  |
| <b>5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้</b>  |

หมวด 6 รพ.สต. Profile (PCU Profile)

|                      |   |
|----------------------|---|
| ตัวชี้วัด/รายงาน     | ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5ปี (Fully immunized)  |
| คำนิยาม              | <p>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>1) เด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 1 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, IPV, DTP-HB3, OPV3, และ MMR1 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>2) เด็กอายุครบ 2 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 2 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4 และ OPV4 จากเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>3) เด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 3 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4 และ MMR2 จากเด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>4) เด็กอายุครบ 5 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 5 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4, MMR2, DTP5 และ OPV5 จากเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90  |
| วัตถุประสงค์         | เพื่อพัฒนาความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5ปี (Fully immunized)  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | <p>1) เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 ธันวาคม 2558</p> <p>2) เด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 2 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 2 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 31 ธันวาคม 2557</p> <p>3) เด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p>   |



|                             |  |
|-----------------------------|--|
|                             | <p>(จากเพิ่ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 3 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 – 31 ธันวาคม 2556</p> <p>4) เด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากเพิ่ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 5 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 5 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 5 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 – 31 ธันวาคม 2554</p> |
| <b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b> | รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 เพิ่ม กระทรวงสาธารณสุข   |
| <b>แหล่งข้อมูล</b>          | ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม / HDC / Health Explorer   |
| <b>รายการข้อมูล 1</b>       | <p>A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, IPV, DTP-HB3, OPV3, และ MMR1</p> <p>A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4 และ OPV4</p> <p>A3 = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4 และ MMR2</p> <p>A4 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4, MMR2, DTP5 และ OPV5</p>  |
| <b>รายการข้อมูล 2</b>       | <p>B1 = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากเพิ่ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3)</p> <p>B2 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากเพิ่ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3)</p> <p>B3 = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากเพิ่ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3)</p> <p>B4 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากเพิ่ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3)</p>  |

## รายการข้อมูล 3

รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ

- (1) BCG = 010
- (2) HB1 = 041
- (3) IPV ได้แก่ รหัสวัคซีน 401 หรือ D32 หรือ D42 หรือ D52 หรือ I12
- (4) DTP-HB3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 093 หรือมี 2 รหัสพร้อมกัน คือ (033+043) หรือ D23 หรือ D53 หรือมี 2 รหัสพร้อมกันในแผนและนอกแผน คือ (D13+043) หรือ (D33+043) หรือ (D43+043)
- (5) OPV3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D33 หรือ D43 หรือ D53
- (6) MMR1 ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M 11
- (7) JE ได้แก่ รหัสวัคซีน JE1 = 051, JE2 = 052, JE3 = 053, LAJE1 = J11 , LAJE2 = J12

- เกณฑ์ในการประมวลผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไขสันหลังอักเสบในเด็กที่อายุครบ 2 ปี

| กรณีของการได้รับวัคซีนเจอี  | รหัสวัคซีนเจอีที่ได้รับครบตามเกณฑ์ |
|---|------------------------------------|
| 1. ได้รับเจอีเชื้อตาย 2 ครั้ง                                       | รหัส 051 + รหัส 052                |
| 2. ได้รับเจอีเชื้อตาย 1 ครั้งและตามด้วยเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง | รหัส 051 + รหัส J11                |
| 3. ได้รับเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง                               | รหัส J11                           |
| 4. ได้รับเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจอีเชื้อตาย 1 ครั้ง   | รหัส J11 + รหัส 051                |

- เกณฑ์ในการประมวลผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไขสันหลังอักเสบในเด็กที่อายุครบ 3 ปี

| กรณีของการได้รับวัคซีนเจอี  | รหัสวัคซีนเจอีที่ได้รับครบตามเกณฑ์ |
|---|------------------------------------|
| 1. ได้รับเจอีเชื้อตาย 3 ครั้ง                                     | รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส 053     |
| 2. ได้รับเจอีเชื้อตาย 2 ครั้ง ต่อด้วยเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง | รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส J11     |
| 3. ได้รับเจอีเชื้อตาย 1 ครั้ง ต่อด้วยเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง | รหัส 051 + รหัส J11 + รหัส J12     |
| 4. ได้รับเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง                             | รหัส J11 + รหัส J12                |
| 5. ได้รับเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจอีเชื้อตาย 1 ครั้ง | รหัส J11 + รหัส 051                |

- (8) DTP4 ได้แก่ รหัสวัคซีน 034 หรือ D14 หรือ D24 หรือ D34 หรือ D44 หรือ D54
- (9) OPV4 ได้แก่ รหัสวัคซีน 084 หรือ D34 หรือ D44 หรือ D54 หรือ I14
- (10) MMR2 ได้แก่ รหัสวัคซีน 073 หรือ M12
- (11) DTP5 ได้แก่ รหัสวัคซีน 035 หรือ D35 หรือ D45 หรือ D55

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
|                                      | (12) OPV5 ได้แก่ รหัสวัคซีน 085 หรือ D35 หรือ D45 หรือ D55 หรือ I15  |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด                   | $\frac{[(A1/B1) \times 100] + [(A2/B2) \times 100] + [(A3/B3) \times 100] + [(A4/B4) \times 100]}{4}$  |
| ระยะเวลาประเมินผล                    | รายงวด (ไตรมาส)  |
| วิธีการประเมินผล                     | ประเมินจากการบันทึกรายงานความครอบคลุมวัคซีนของสถานบริการหลังสิ้นแต่ละไตรมาส (รายงวด)   |
| เอกสารสนับสนุน                       | แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2556 - 2560   |
| ผู้ประสานงานจัดทำ<br>รายงานตัวชี้วัด | <p>1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ<br/>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว<br/>โทร. 0 3742-5141-4 ต่อ 308,309 มือถือ 08-1940-7947<br/>E-mail address : somkeat_sk@hotmail.com</p> <p>2. นางจุฑารัตน์ ศักดิ์เต็ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ<br/>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว<br/>โทร. 0 3742-5141-4 ต่อ 308,309 มือถือ 09-1551-0179<br/>E-mail address : umuim_beloved@hotmail.com</p> |

|   |  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
|---|--|---------------------|--------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------------|-------------|
| ตัวชี้วัด   | ระดับความสำเร็จในบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล   |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| คำนิยาม   | <p><b>ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน ปีที่วัดผล(ปีงบประมาณ 2560)</p> <p><b>พื้นที่เกิด second generation</b> หมายถึง ไม่สามารถควบคุมไข้เลือดออกให้สงบได้ ภายใน 28 วันนับจากวันเริ่มป่วยของ ผู้ป่วยรายแรกในหมู่บ้าน/ชุมชน(Index case) และพบผู้ป่วยใหม่ในสัปดาห์ที่ 5 หรือสัปดาห์อื่นๆ เป็นต้นไปในหมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน สอบสวนโรคแล้วมีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายแรก</p> <p>ค่า HI หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน</p> <p>ค่า CI หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน ศาสนสถาน</p> |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| เกณฑ์เป้าหมาย   | <p>1.ไม่มีผู้ป่วย Second Generation ในระดับหมู่บ้าน</p> <p>2.ค่า HI ในหมู่บ้านไม่เกิน 10</p> <p>3.ค่า CI ในโรงเรียน = 0</p>  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย  | ทุกหมู่บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล  | การประเมินโดยกรรมการระดับจังหวัด ตำบลสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส   |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| แหล่งข้อมูล   | จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง รายงาน และการประเมิน   |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| รายการข้อมูล 1  | รง 506   |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| รายการข้อมูล 2  | รายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลาย   |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| รายการข้อมูล 3  |  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| ระยะเวลาประเมินผล   | เดือนมีนาคม และเดือนมิถุนายน 2560 หรือตามรอบประเมิน รพ.สต.ติดตาม   |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| <b>เกณฑ์การประเมิน</b>  |  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| <p>1.หมู่บ้านไม่มีผู้ป่วย Second Generation มากกว่าร้อยละ 80 ของหมู่บ้านทั้งหมด ได้ 10 คะแนน (คะแนนร้อยละ 50)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป</td> <td style="text-align: right;">ได้ 10 คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ร้อยละ 70.01-80.00</td> <td style="text-align: right;">ได้ 8 คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ร้อยละ 60.01-70.00</td> <td style="text-align: right;">ได้ 6 คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ร้อยละ 50.01-60.00</td> <td style="text-align: right;">ได้ 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ร้อยละ 40.01-40.00</td> <td style="text-align: right;">ได้ 2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">น้อยกว่าร้อยละ 40</td> <td style="text-align: right;">ได้ 0 คะแนน</td> </tr> </table> |  | ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป | ได้ 10 คะแนน | ร้อยละ 70.01-80.00 | ได้ 8 คะแนน | ร้อยละ 60.01-70.00 | ได้ 6 คะแนน | ร้อยละ 50.01-60.00 | ได้ 4 คะแนน | ร้อยละ 40.01-40.00 | ได้ 2 คะแนน | น้อยกว่าร้อยละ 40 | ได้ 0 คะแนน |
| ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป   | ได้ 10 คะแนน   |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| ร้อยละ 70.01-80.00  | ได้ 8 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| ร้อยละ 60.01-70.00  | ได้ 6 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| ร้อยละ 50.01-60.00  | ได้ 4 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| ร้อยละ 40.01-40.00  | ได้ 2 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| น้อยกว่าร้อยละ 40   | ได้ 0 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| <p>2.ค่า HI ไม่เกิน 10 (คะแนนร้อยละ 25)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">HI &lt; 10</td> <td style="text-align: right;">ได้ 5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">HI = 10.01-20.00</td> <td style="text-align: right;">ได้ 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">HI = 20.01-30.00</td> <td style="text-align: right;">ได้ 3 คะแนน</td> </tr> </table>  |  | HI < 10             | ได้ 5 คะแนน  | HI = 10.01-20.00   | ได้ 4 คะแนน | HI = 20.01-30.00   | ได้ 3 คะแนน |                    |             |                    |             |                   |             |
| HI < 10   | ได้ 5 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| HI = 10.01-20.00  | ได้ 4 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |
| HI = 20.01-30.00  | ได้ 3 คะแนน  |                     |              |                    |             |                    |             |                    |             |                    |             |                   |             |

|   |   |
|---|---|
| HI = 30.01-40.00 ได้ 2 คะแนน<br>HI = 40.01-50.00 ได้ 1 คะแนน<br>HI > 50 ได้ 0 คะแนน   |   |
| 3.ค่า CI = 0 (คะแนนร้อยละ 25)<br>CI = 0 ได้ 5 คะแนน<br>CI = 0.01-3.00 ได้ 4 คะแนน<br>CI = 3.01-6.00 ได้ 3 คะแนน<br>CI = 6.01-9.00 ได้ 2 คะแนน<br>CI = 9.01-12.00 ได้ 1 คะแนน<br>CI > 12 ได้ 0 คะแนน |   |
| วิธีการประเมินผล  | 1.ประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน<br>2.ประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด  |
| เอกสารสนับสนุน  | คู่มือแนวทางการดำเนินงาน  |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  | นายสมเกียรติ ทองเล็ก ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุม<br>มือถือ 08-1940-7947 E-mail : <a href="mailto:somkeat_sk@hotmail.com">somkeat_sk@hotmail.com</a><br>นายประวิทย์ คำนึ่ง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>มือถือ 08-1295-9387 E-mail : <a href="mailto:sukhothai53@hotmail.com">sukhothai53@hotmail.com</a><br>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทร 037 425141-4 ต่อ 309 |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| เกณฑ์                 | การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว  |
| เป้าหมาย<br>ตัวชี้วัด | ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้าน<br>ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  |
| น้ำหนัก               | .....   |
| คำนิยาม               | <p>ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้ง<br/>ในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาลรวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วน<br/>เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกายครอบคลุมทั้งรักษาส่งเสริม ป้องกัน<br/>และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด<br/>เข้าถึง เข้าใจ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มเป้าหมายหลักที่จะต้องได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว 4 กลุ่ม<br/>ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง<br/>(palliative Care) และเด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มี<br/>ความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมี<br/>ภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของสูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ</li> <li>- ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วย/ไม่ป่วย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียง<br/>เป็นบางครั้ง หรือตลอดเวลา</li> <li>- ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือมากกว่า<br/>ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือ<br/>ทั้งหมด</li> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ<br/>คุกคามชีวิต คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วยที่<br/>อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต</li> </ul> <p><b>องค์ประกอบของทีมหมอครอบครัว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ หมายถึง ทีมที่มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม เพื่อเป็นที่ปรึกษา ดูแลทีมระดับตำบล<br/>และทีมชุมชน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพจาก รพ. และทีมจาก สสอ. เท่าที่จะจัดทีมให้เหมาะสม โดยมีแพทย์เป็น<br/>หัวหน้าทีม โดยส่วนใหญ่แพทย์ ๑ คน จะรับผิดชอบ ประมาณ ๒-๓ ทีม (แพทย์อาจเป็นหัวหน้าทีมหลายทีมได้)</li> <li>๒. ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล หมายถึง ทีมที่มีจำนวน รพ.สต./PCU และศสม. ที่มีอยู่ในอำเภอนั้นๆ (จำนวน<br/>ทีมเท่ากับหน่วยบริการ รพ.สต./PCU และศสม.) และมีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ<br/>ใน ศสม./รพ.สต. ที่ประกอบด้วยหลายวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักวิชาการ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตภิบาล นักการ<br/>แพทย์แผนไทย เป็นต้น ที่ทำงานประสานเชื่อมโยงกัน ในการดูแลประชาชน</li> <li>๓. ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน หมายถึง ทีมที่มีเจ้าหน้าที่ ศสม./รพ.สต./PCU เป็นหัวหน้าทีมร่วมกับท้องถิ่น<br/>อสม. จิตอาสา และชุมชน (ส่วนใหญ่จำนวนทีมชุมชนจะเท่ากับจำนวนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้าน<br/>สุขภาพ ใน ศสม./รพ.สต. ที่มีการแบ่งพื้นที่การดูแล รับผิดชอบประชาชน มีเจ้าหน้าที่ ศสม./รพ.สต. เป็นหัวหน้าทีมและ<br/>มีภาคประชาชนในพื้นที่ เช่น อสม. อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา ร่วมเป็นทีม</li> </ol> |

## เกณฑ์การประเมิน

### 1. โครงสร้างการทำงาน

- มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและผู้ประสานงานระดับตำบล และบทบาทหน้าที่
- มีคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในระดับตำบล หรือพื้นที่
- มีบทบาทปัญหารวบรวมข้อมูลสุขภาพของพื้นที่และวางแผนร่วมกันในทั้งในระดับอำเภอ ตำบล ชุมชนอย่าง

เหมาะสม

- มีแนวทางการดำเนินงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบทั้งในระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน
- มีการจัดการในรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (สธ/อปท/ฯลฯ)

### 2. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน

- มีแนวทางการดำเนินงานให้ชุมชนและเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบลและชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพ
- ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ มีการเรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น

### 3. การจัดระบบบริการ

- เจ้าหน้าที่/ทีมหมอครอบครัวมีการแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบและจัดกลุ่มบริการประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- มีแนวทางการหรือวิธีการดูแลที่ชัดเจน ตามกลุ่มเป้าหมาย ๔ กลุ่ม
- มีระส่งต่อและข้อมูลที่เชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาสู่ตำบล/ชุมชน
- ระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการของหมอครอบครัวที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงรพ.สต.
- สรุปรายงานข้อมูลการให้บริการ ตามกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม
- มีระบบฐานข้อมูลการจัดบริการ 4 กลุ่มเป้าหมายหลัก

### 4. การพัฒนาบุคลากร

- แผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงาน โดยใช้ CBL/KM เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม/พื้นที่
- เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของพื้นที่

## เกณฑ์เป้าหมาย

| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน                        |
|--|--|---|-------------------------------------|
| มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล<br>ดำเนินการเยี่ยมบ้าน<br>ดูแลกลุ่มเป้าหมาย | มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล<br>ดำเนินการเยี่ยมบ้าน ดูแลกลุ่มเป้าหมาย<br>มีการพัฒนาบุคลากร<br>มีผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน | มีโครงสร้างทีมหมอครอบครัว<br>ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล<br>ดำเนินการเยี่ยมบ้าน ดูแลกลุ่มเป้าหมาย<br>มีการพัฒนาบุคลากร<br>มีผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน | มีการประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ |





| ระดับการวัดผล           | สสอ./รพ./รพ.สต.   |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
|-------------------------|---|------------------------------------|------------------|------------------------------------|-------------|--------------|------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ | ร้อยละของคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่า 80   |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| คำนิยาม                 | คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย <p>1.1 คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p> <p>1.2 คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพตามเอกสารการประเมินคุณภาพข้อมูลฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>กรณี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้คิดจากค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. ทุกแห่งในสังกัด</p> |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| เกณฑ์เป้าหมาย           | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| วัตถุประสงค์            | เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย   | รพ.สต. ภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล    | 1. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ<br>การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| แหล่งข้อมูล             | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<br>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว<br>หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| รายการข้อมูล 1          | A = จำนวนข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพในปีงบประมาณ (Records)  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| รายการข้อมูล 2          | B = จำนวนข้อมูลทั้งหมดในปีงบประมาณ (Records)  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด      | คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ : $(A/B) \times 100$   |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| ระยะเวลาประเมินผล       | ทุก 3 เดือน   |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| เกณฑ์การประเมิน         |   |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| ข้อมูลบริการสุขภาพ      |   |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
|                         | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2560</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> </tr> </tbody> </table>  | ปี                                 | รอบ 3 เดือน      | รอบ 6 เดือน                        | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | 2560 | ไม่น้อยกว่า 80 % | ไม่น้อยกว่า 80 % | ไม่น้อยกว่า 80 % | ไม่น้อยกว่า 80 % |
| ปี                      | รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน                        | รอบ 9 เดือน      | รอบ 12 เดือน                       |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| 2560                    | ไม่น้อยกว่า 80 %  | ไม่น้อยกว่า 80 %                   | ไม่น้อยกว่า 80 % | ไม่น้อยกว่า 80 %                   |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| วิธีการประเมินผล :      | คำนวณอัตราความผิดพลาดของข้อมูลตามเอกสารประเมินคุณภาพข้อมูล  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| เอกสารสนับสนุน :        | 1. คู่มือแนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างด้านสุขภาพ ( <a href="http://thcc.or.th/ebook.html">http://thcc.or.th/ebook.html</a> )<br>2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล ( <a href="http://thcc.or.th/ebook.html">http://thcc.or.th/ebook.html</a> )  |                                    |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1"> <tr> <td>Baseline data</td> <td>หน่วย</td> <td>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> </table>  | Baseline data                      | หน่วย            | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. |             |              |      |                  |                  |                  |                  |
| Baseline data           | หน่วย   | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. |                  |                                    |             |              |      |                  |                  |                  |                  |



|                      |   |
|----------------------|---|
| ชื่อตัวชี้วัด :      | ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก  |
| คำนิยาม              | <p>การให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัยประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์คุณภาพอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 วัน</li> <li>2. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และนอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 5 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2) บริการขูดหินน้ำลายและ อุดฟัน</li> <li>1.3) บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</li> </ol> </li> <li>2) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) มีการตรวจช่องปาก</li> <li>2.2) การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ</li> <li>2.3) เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช</li> </ol> </li> <li>3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1) เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</li> <li>3.2) เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> <li>3.3) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการทันตกรรม</li> </ol> </li> <li>4) โรงเรียนประถมศึกษา <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1) นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก</li> <li>4.2) นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1</li> <li>4.3) การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษา</li> </ol> </li> <li>5) กลุ่มผู้สูงอายุ <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1) ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก</li> <li>5.2) การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง</li> </ol> </li> </ol> </li></ol> |
| เกณฑ์เป้าหมาย :      | รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 60   |
| วัตถุประสงค์         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก</li> <li>2. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้</li> </ol>   |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | สสจ. 1 แห่ง คปสอ. 9 แห่ง และ รพ.สต. 108 แห่ง  |
| การจัดเก็บข้อมูล     |   |
| แหล่งข้อมูล          | ฐานข้อมูล 43 แห่งรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข   |
| รายการข้อมูล 1       | A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก  |
| รายการข้อมูล 2       | B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งอำเภอ  |

|                                |   |  |   |   |
|--------------------------------|---|--|---|---|
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด             | ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก = (A/B) × 100   |  |   |   |
| ระยะเวลา<br>ประเมินผล          | 1 ต.ค. 59 – 30 กันยายน 2560   |  |   |   |
| <b>เกณฑ์การประเมิน :</b>       |   |  |   |   |
|                                | เกณฑ์   | หน่วยวัด   | ปีงบประมาณ 60   |   |
|                                | หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก (สัปดาห์ละ 1 วัน)   | ร้อยละ   | 60  |   |
|                                | รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (ผ่าน 14 กิจกรรม)   | ร้อยละ   | 60  |   |
| <b>วิธีการประเมินผล</b>        |   |  |   |   |
| กลไก                           | รอบ 3 เดือน   | รอบ 6 เดือน  | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน                                  |
| สสจ/รพท./<br>รพช/รพ.<br>สต.    | - ประชุม CUP เพื่อทำแผน<br>ปฏิบัติงาน<br>- แผนสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ใน<br>รพ.สต.<br>- จัดบริการสุขภาพช่องปาก ให้<br>ครอบคลุม 5 กลุ่มวัย 14 กิจกรรม   | - ควบคุม กำกับ<br>งานเป็นไปตาม<br>แผน<br>- นิเทศงาน<br>สุขภาพช่อง<br>ปากในรพ.สต. | - มีการประเมินตนเอง<br>วิเคราะห์ส่วนขาด<br>พร้อมแนวทาง<br>ดำเนินงานในช่วงเวลาที่<br>เหลือ<br>- มีผลการดำเนินงาน<br>ตามตัวชี้วัด | - สรุปผลการ<br>ดำเนินงานและ<br>วิเคราะห์ปัญหา |
| <b>เอกสารสนับสนุน</b><br>:     | <ol style="list-style-type: none"> <li>สรุปการประชุม CUP แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.รวมทั้งแผนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากระดับตำบล</li> <li>ผังการควบคุม กำกับงาน</li> <li>คำสั่งแต่งตั้งทีมนิเทศ ติดตามกำกับการทำงานใน รพ.สต.</li> <li>สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหาในปีงบประมาณที่ผ่านมา</li> <li>วัดผลการดำเนินงานจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก</li> <li>วัดผลการดำเนินงานรพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน 14 ตัวชี้วัดจาก HDC</li> <li>วัดผลการดำเนินงานรพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 35 จาก HDC</li> </ol> |  |   |   |
| <b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b> | <b>Bbaseline data</b>   |  |   |   |
|                                | เกณฑ์   | หน่วยวัด   | ปีงบประมาณ 59   |   |
|                                | หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก (สัปดาห์ละ 1 วัน)   | ร้อยละ   | 56  |   |
|                                | รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ผ่าน 14กิจกรรม)  | ร้อยละ   | 56  |   |
| <b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>   | <p>นางสาวเหมือนฝัน ต้นเจริญ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ</p> <p>นางสาวอรพิน หมู่ภัทรโรจน์ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ</p> <p>นางสาวปราณีต เกตุชาติ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ – ๔ ต่อ 105</p>  |  |   |   |

|  |   |
|--|---|
| ระดับการวัดผล  | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.  |
| ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ  | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน   |
| คำนิยาม  | <p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มา</p> <p>2. รับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>3. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การบำบัดหัตถ์</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> <p>4. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกสมาธิบำบัด</li> <li>- ฝังเข็ม</li> <li>- การกดจุดบำบัด</li> <li>- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย</li> </ul> <p>5. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>6. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง</p> |
| <p><u>เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 60</u></p> <p>ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 25</p>   |   |
| <p><u>เกณฑ์การคิดคะแนน</u></p> <p>A = เป้าหมาย ( ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 25 )</p> <p>B = ผลงานที่ทำได้ ( ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทย ใน รพ.สต.)</p> <p>C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน</p> <p><u>สูตรการคำนวณ</u></p> <p>= B * C / A (เท่ากับ B คูณ Cหารด้วย A)</p> |   |

|  |  |   |                                    |       |       |
|--|--|---|------------------------------------|-------|-------|
| วัตถุประสงค์                                   | เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร  |   |                                    |       |       |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย                           | ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข  |   |                                    |       |       |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล                           | 1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม<br>2) การรายงานจากจังหวัด   |   |                                    |       |       |
| แหล่งข้อมูล                                    | 1) 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider)<br>2) ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |   |                                    |       |       |
| รายการข้อมูล 1                                 | A = จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ  |   |                                    |       |       |
| รายการข้อมูล 2                                 | B = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ                                 |   |                                    |       |       |
| รายการข้อมูล 3                                 | C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน  |   |                                    |       |       |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด                             | (เท่ากับ B คูณ C ทหารด้วย A) หรือ $B \times 10/A$  |   |                                    |       |       |
| ระยะเวลาประเมินผล                              | ไตรมาส 4   |   |                                    |       |       |
| เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 : ร้อยละ 25            |  |   |                                    |       |       |
| วิธีการประเมินผล :                             | 1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข<br>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก        |   |                                    |       |       |
| เอกสารสนับสนุน :                               | 1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน  |   |                                    |       |       |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน                        | Baseline data  | หน่วยวัด  | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. |       |       |
|  |  |   | 2557                               | 2558  | 2559  |
|  | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ   | ร้อยละ  | 25.6                               | 26.19 | 26.07 |
|  | ที่มา : HDC กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  |   |                                    |       |       |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | 1. นางสาวนุชรี บวงสวง<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2149 5636<br>โทรสาร:  | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน<br>โทรศัพท์มือถือ : 080-0962633<br>E-mail : <a href="mailto:nucharee_na@hotmail.com">nucharee_na@hotmail.com</a>   |                                    |       |       |
| ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน            | 1. นางสาวกัญญา เทพรัตนะ<br>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141<br>โทรสาร :<br>โทรสาร:  | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840<br>E-mail : <a href="mailto:kanya.m2007@gmail.com">kanya.m2007@gmail.com</a><br>E-mail : <a href="mailto:nucharee_na@hotmail.com">nucharee_na@hotmail.com</a> |                                    |       |       |

|                      |  |
|----------------------|--|
| ชื่อตัวชี้วัด        | ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 6 ระบบงานที่สำคัญ ตามมาตรฐาน HA สู่ PCA   |
| คำนิยาม              | ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA สู่ PCA หมายถึง จัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ เป้าหมาย พัฒนาบริการระบบปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA และระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพ HA สู่ PCA นั้น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ(CUP) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ของจังหวัดสระแก้ว และการเชื่อมโยงระบบงานที่สำคัญ จากโรงพยาบาล ลงสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคุณภาพรวมทั้งกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายด้วยความเป็นกัลยาณมิตร ส่งเสริมการใช้เครื่องมือคุณภาพเพื่อช่วยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจ ตามบริบทและสามารถเชื่อมโยงเข้าสู่งานประจำได้ เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อสร้างความเข้าใจ กระตุ้นการพัฒนา ให้กำลังใจหรือยกระดับการพัฒนาาร่วมกัน เพื่อให้การใช้กระบวนการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ(CUP) และขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดสระแก้ว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning network) จังหวัดสระแก้ว |
| เกณฑ์เป้าหมาย :      | ร้อยละ50 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 6 ระบบงานที่สำคัญ ตามมาตรฐาน HA สู่ PCA  |
| วัตถุประสงค์         | เพื่อพัฒนาระบบงานที่สำคัญ 6 ระบบงาน ในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดสระแก้ว  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รวบรวมข้อมูลจาก ผลการประเมินมาตรฐาน 6 ระบบงาน  |
| แหล่งข้อมูล          | สสจ.สระแก้ว  |
| รายการข้อมูล 1       | A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว ที่ผ่านเกณฑ์รับรองมาตรฐาน 6 ระบบงาน  |
| รายการข้อมูล 2       | B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้วทั้งหมด   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $(A/B) \times 100$   |

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

| รอบ 3 เดือน  | รอบ 6 เดือน   | รอบ 9 เดือน   | รอบ 12 เดือน  |      |       |
|--|---|---|---|------|-------|
| <p>1.จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการ QLN และจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปี 60</p> <p>2.จัดอบรม การทบทวนทางคลินิก/ การบันทึกโปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก(PCT) และจัดอบรมสร้างความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยง การค้นหา (RM)</p> <p>3.จัดประชุมทำคู่มือ/ CPG การดูแลต่อเนื่อง , แผนไทย, NCD, Stroke, STEMI, Head Injury, วิทยาลัย วิทยาลัย ให้ รพ.สต.ทุกแห่ง</p> | <p>1.QLN จังหวัดลงเยี่ยมหน้างานเพื่อนิเทศงานและเสริมพลัง รพ.สต.ที่ผ่านมาตรฐานน้อยกว่า 3 ระบบ</p> <p>2.จังหวัดประชุมสรุปถอดบทเรียนการนิเทศงาน รพ.สต.</p>   | <p>1.จังหวัดลงตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน 6 ระบบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง</p> <p>2.จังหวัดจัดประชุมสรุปถอดบทเรียนการประเมินมาตรฐาน รพ.สต.</p> | <p>1.นำผลที่ได้จากการประเมินนำเสนอผู้บริหารของCUP และจังหวัด ตามลำดับให้ทราบถึง จุดอ่อน จุดด้อย ที่ประเมินเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานปีต่อไป</p> |      |       |
| วิธีการประเมินผล :   | รวบรวมผลการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐาน 6 ระบบงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ  |   |   |      |       |
| เอกสารสนับสนุน :   | ใบรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน โดย สสจ.สระแก้ว  |   |   |      |       |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน  | Baseline data   | หน่วยวัด  | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.  |      |       |
|  | รพ.สต.ที่ผ่าน   | ร้อยละ  | 2557  | 2558 | 2559  |
|  |   |   | NA  | 25   | 27.77 |
| ผู้ประสานงานตัวชี้วัด  | <p>1.นางกชพรรณ หาญชิงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0931352508<br/>E-mail : H_kodchapan@hotmail.com</p> <p>2.น.ส.กัลยา ประสิทธิ์แสง เจ้าพนักงานสาธารณสุข<br/>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 0999286298<br/>E-mail : Aomam_kanya@hotmail.com</p> |   |   |      |       |



|   |   |
|---|---|
| ชื่อตัวชี้วัด   | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  |
| คำนิยาม   | งานการเงินและบัญชี จัดเป็นงานสนับสนุนที่สำคัญของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนงาน หรือนโยบายที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นงานที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จะต้องศึกษาระเบียบวิธีปฏิบัติและนำไปปฏิบัติให้ ถูกต้อง เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงาน ตลอดจน มีการจัดการเกี่ยวกับการรับและจ่ายเงินของ หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักการทางเศรษฐศาสตร์ หลักทางการบริหาร และ รวมทั้งหลักการคลังทั่วไป |
| เกณฑ์เป้าหมาย :   | ประเมินคุณภาพระบบบัญชี<br>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<br><u>ระดับคะแนน</u><br>ได้ 10 ข้อ = 10 คะแนน      ได้ 5 ข้อ = 5 คะแนน<br>ได้ 9 ข้อ = 9 คะแนน      ได้ 4 ข้อ = 4 คะแนน<br>ได้ 8 ข้อ = 8 คะแนน      ได้ 3 ข้อ = 3 คะแนน<br>ได้ 7 ข้อ = 7 คะแนน      ได้ 2 ข้อ = 2 คะแนน<br>ได้ 6 ข้อ = 6 คะแนน      ได้ 1 ข้อ = 1 คะแนน  |
| วัตถุประสงค์  | 1. เพื่อพัฒนาการใช้โปรแกรมบัญชีให้มีคุณภาพ<br>2. สามารถนำข้อมูลทางบัญชีมาวิเคราะห์สถานะการเงินของหน่วยบริการได้   |
| ประชากร<br>กลุ่มเป้าหมาย  | รพ.สต. 108 แห่ง   |
| แหล่งข้อมูล   | รายงานผลการประเมินคุณภาพระบบบัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  |
| รายการข้อมูล 1  | A = ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  |
| ระยะเวลาประเมินผล   | 12 เดือน  |
| เกณฑ์การประเมิน :   |   |
| <b>เกณฑ์การประเมิน</b>  | <b>หลักฐานประกอบการประเมิน</b>  |
| 1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการเงิน                            | 1. คำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของ และ คำสั่งมอบหมายผู้รับผิดชอบการเงิน  |
| 2. มีแผนการใช้เงินบำรุงของ รพ.สต. และได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว                          | 2. แผนเงินบำรุงของ รพ.สต. ที่ได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว   |
| 3. มีการใช้โปรแกรมบัญชี รพ.สต. ครบถ้วนถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน   | 3. โปรแกรมบัญชี รพ.สต.  |
| 4. มีการพิมพ์รายงาน 401/404/407 จากโปรแกรมบัญชี รพ.สต.  | 4. รายงาน 401/404/407   |
| 5. มีการจัดทำทะเบียนคุมการจ่ายเช็ค  | 5. ทะเบียนคุมการจ่ายเช็ค  |
| 6. มีการใช้เช็คได้ถูกต้องตามระเบียบการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลังในหน้าที่ของอำเภอและกิ่งอำเภอ พ.ศ. 2520 | 6. เช็คและเอกสารเบิกจ่าย  |

|   |  |
|---|--|
| 7. มีการส่งบททดลองให้แม่ข่าย ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป                 | 7. การส่งบททดลองให้แม่ข่าย ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป  |
| 8. มีสมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปการใช้ใบเสร็จรับเงินส่งให้แม่ข่าย | 8. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสำเนา รายงานการใช้ใบเสร็จรับเงินประจำปี  |
| 9. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ จัดจ้าง เป็นปัจจุบัน                         | 9. เอกสารการจัดซื้อ จัดจ้าง  |
| 10. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง                 | 10. รายงานการตรวจสอบภายใน  |
| วิธีการประเมินผล :  | ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง  |
| เอกสารสนับสนุน :  | -----  |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน   | -----  |
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด   | 1.นางจามจรี สมบัติวงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป<br>2.นางสาวสุธาทิพย์ ปริญญวัฒน์ หัวหน้างานการเงินและบัญชี<br>037-425141-4 ต่อ 206 |
| ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล:  | 12 เดือน   |

|                      |  |
|----------------------|--|
| ชื่อตัวชี้วัด        | คปสอ.มีผลงานวิชาการที่นำสู่การพัฒนางานสาธารณสุข  |
| คำนิยาม              | คปสอ.มีผลงานวิชาการ หมายถึง หน่วยงาน(โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในคปสอ.นั้นๆ) มีผลงาน CQI , นวัตกรรม(Innovation), รายงานสอบสวนโรค (Investigation report) , R2R , Research ,Best practice ในปี 2559 และ 2560 โดยมีการนำเสนอหรือเผยแพร่(ประกวด ตีพิมพ์ นำเสนอผ่านเวทีวิชาการต่างๆในระดับอำเภอ และจังหวัดขึ้นไป) |
| เกณฑ์เป้าหมาย        | คปสอ.ทุกแห่ง มีผลงานวิชาการที่นำสู่การพัฒนางานสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด   |
| วัตถุประสงค์         | 1.เพื่อให้ คปสอ.มีการพัฒนานักวิจัยให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนผลงานด้านวิชาการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานสาธารณสุข<br>2.เพื่อให้มีการจัดทำผลงานวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ได้จริง  |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | 1.บุคลากรใน คปสอ.ทุกแห่ง (9 แห่ง ) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว<br>2.ผลงานวิชาการของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | 1.แฉงนับเอกสารผลงานวิชาการ รายโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<br>2. ตรวจสอบแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดทำผลงานวิชาการ<br>3.ตรวจสอบหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำเสนอผลงานวิชาการ โดยอาจพิจารณาใบประกาศ โล่รางวัล วารสาร เล่มบทคัดย่อ หรืออื่นที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์  |
| แหล่งข้อมูล          | 1.เอกสารผลงานวิชาการ<br>2.บัญชีรายชื่อเจ้าของผลงานวิชาการ<br>3.วารสารที่ตีพิมพ์ ใบประกาศ รูปภาพ เล่มบทคัดย่อในเวทีวิชาการ หรืออื่นๆที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์  |
| รายการข้อมูล 1       | จำนวน คปสอ.ที่มีผลงานวิชาการตามเกณฑ์ที่กำหนด   |
| รายการข้อมูล 2       | จำนวน คปสอ.ทั้งหมด   |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด   | $\frac{\text{จำนวน คปสอ.ที่มีผลงานวิชาการตามเกณฑ์ที่กำหนด} * 100}{\text{จำนวน คปสอ.ทั้งหมด}}$  |
| ระยะเวลาดำเนินการ    | 1 ธันวาคม 2559 ถึง 31 สิงหาคม 2559   |

การประเมิน : ระบุเกณฑ์/ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส

| เกณฑ์การประเมิน ต่อ 1 หน่วยงาน   | วิธีดำเนินการประเมิน  | หมายเหตุ   |
|--|---|--|
| 1.โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง มี<br>รายงานการจัดทำ CQI (1 คะแนน) | 1.คปสอ.ประเมินตนเอง<br>2.สสจ.ประเมินรับรองผลคะแนน<br>สูตรการคำนวณ : | 1.ห้ามใช้<br>ผลงานที่ใช้<br>เพื่อเลื่อน<br>ระดับมาแล้ว |
| 2. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง มีเอกสาร                          | A= ผลรวมคะแนนของโรงพยาบาล<br>B=ผลรวมคะแนนของสสอ.                    | 2.ห้ามใช้  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>ผลงานวิชาการ R2R (1 คะแนน)</p> <p>3.โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br/>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง มีการ<br/>นำเสนอและเผยแพร่ผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง<br/>( 3 คะแนน)</p> <p>3.1 ระดับอำเภอ (1 คะแนน)</p> <p>3.2 ระดับจังหวัด (2 คะแนน)</p> <p>3.3 ระดับเขต/ประเทศ (3 คะแนน)</p> | <p>C=ผลรวมคะแนนของรพ.สต a b<br/>c...∞</p> <p>D= คะแนนเต็ม6</p> <p>E= จำนวนหน่วยงานทั้งหมดของ คป<br/>สอ.(รพ.+สสอ.+รพสต.)</p> <p>คะแนนของ คปสอ. =<br/>(A+B+C / D*E )*100</p> | <p>ผลงานที่เป็น<br/>วิทยานิพนธ์<br/>3.ให้ใช้ผลงาน<br/>ปี2559 และ<br/>2560</p> |
| <p>4 โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br/>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง นำเสนอ<br/>ผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วได้รับรางวัลที่ 1<br/>หรือที่ 2 หรือที่ 3 ในระดับจังหวัดขึ้นไป (1 คะแนน)</p>   |  |   |
| <p><b>วิธีการประเมินผล</b></p>  | <p>1.ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ปี ละ 1 ครั้ง</p> <p>2.ประเมินรับรองผลคะแนน คปสอ.ติดตาม ของแต่ละอำเภอ โดยพิจารณาคะแนนตามเกณฑ์<br/>ประเมินในแต่ละหน่วยงาน</p>                    |   |
| <p><b>ผู้รับผิดชอบ<br/>ตัวชี้วัด</b></p>  | <p>1..นางอรพิน ภัทรกรสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 089 832 2058</p> <p>2..นางสาวชุตติญา บุญพงศ์ไพศาล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 130 6690</p>          |   |

**Template ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)**  
**ในการประเมิน คปสอ.ติดตาม จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2559**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>เกณฑ์</b>                          | <b>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)</b>  |
| <b>น้ำหนัก</b>                        | .....  |
| <b>คำนิยาม</b>                        | <p><b>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS)</b> เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน</p> <p><b>ระบบบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team)</p> <p><b>ชุมชนและท้องถิ่น</b> หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p><b>คุณภาพ</b> หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>2. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้ง Acute &amp; Chronic care</li> </ol> <p><b>อำเภอ</b> หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ ทุกอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ ในจังหวัดสระแก้ว</p> |
| <b>เกณฑ์การดำเนินงานและการประเมิน</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เครือข่ายบริการจัดทำข้อมูลเครือข่ายบริการ (Cup Profile)</li> <li>2. เครือข่ายบริการระดับอำเภอ ดำเนินการวางแผนและจัดการดำเนินงานตามเกณฑ์ DHS คุณภาพ โดยวางแผน</li> </ol>  |

|  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
| <p>และดำเนินการตามเกณฑ์องค์ประกอบ UACRE รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย โดยเป้าหมายดำเนินงาน ต้องมีการประเมินได้ไม่น้อยกว่าระดับ 3 โดยออกแบบการจัดบริการร่วมกับการดำเนินงานที่หมอบครอบครัว</p> <p>3. วางแผนและดำเนินการออกแบบการจัดบริการ โดยใช้ ระบบ DHS ได้แก่ การดำเนินงาน Service Plan ในส่วนที่ต้องบูรณาการสู่ระบบบริการปฐมภูมิ การจัดบริการที่สำคัญได้แก่ ที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการได้แก่ บริการฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง</p> <p>4. ดำเนินการตามประเด็นสุขภาพของเครือข่ายบริการ (ODOP) ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง โดยการทำงาน สอดคล้องกันทั้งเครือข่าย ในระดับอำเภอและระดับตำบล โดยการทำงาน จะมีการประเมิน ประเด็นสุขภาพระดับตำบล และ การดำเนินงาน บูรณาการกับตำบลจัดการสุขภาพ (เอกสารการประเมิน ODOP ตามเอกสารแนบท้าย)</p> <p>5. การประเมิน ความเชื่อมโยงและความสอดคล้องการทำงาน ระดับอำเภอและระดับตำบล จะมีการประเมิน ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม (รพ.สต.คุณภาพ)</p> |   |  |                                  |
| <p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p> <p>เครือข่ายระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพ</p>  |   |  |                                  |
| <p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>   |   | <p>การรายงาน / ประเมิน</p>   |                                  |
| <p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>  |   | <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล</p>  |                                  |
| <p><b>เกณฑ์การประเมิน :</b></p> <p>ปี 2560 :</p>   |   |  |                                  |
| <p><b>รอบ 3 เดือน</b></p>  | <p><b>รอบ 6 เดือน</b></p>   | <p><b>รอบ 9 เดือน</b></p>  | <p><b>รอบ 12 เดือน</b></p>       |
| <p>มีแผนการดำเนินงาน และการประเมินตนเองโดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA</p>  | <p>มีแผนและมีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ และบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย</p> | <p>มีแผนและมีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัย มีผลลัพธ์การดำเนินงาน DHS และผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ จากกระบวนการ DHS</p>  | <p>อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพ</p> |
| <p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>   |   | <p>1. วัตถุประสงค์และเป้าหมายในการประเมิน</p> <p>เพื่อประเมินการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้เกณฑ์ DHS_PCA ตามองค์ประกอบ UCCARE (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)</p> <p>2. ขอบเขตในการประเมิน</p> <p>ประเมินผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2559 (ตั้งแต่ ต.ค. 59 – ก.ย. 60) โดยประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของเครือข่ายบริการ (รพ.+สสอ.) การประเมินประเมินแยกรายอำเภอ</p> <p>3. เครือข่ายบริการจัดทำ เอกสารประกอบการประเมิน ส่งล่วงหน้า ดังนี้</p> <p>3.1 ข้อมูลเครือข่ายบริการ (Cup Profile) โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป</p> |                                  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>ส่วนที่ 2 การนำและลักษณะสำคัญขององค์กร</p> <p>ส่วนที่ 3 ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>ส่วนที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้</p> <p>ส่วนที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>ส่วนที่ 7 ระบบบริการ</p> <p>3.2 การประเมินตนเอง เป็น เป็นเอกสาร</p> <p>3.2.1 ประเมินตามเกณฑ์ ประเมิน UCCARE (คะแนน 40 คะแนน) ไม่เกิน 3 หน้า</p> <p>3.2.2 ODOB 3 เรื่อง...เรื่องละไม่เกิน 3 หน้า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการแก้ไขปัญหาร่วมกันของแต่ละ อำเภอ โครงการที่ ชี้ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของปัจจัยสำคัญทั้ง 5 ด้าน ของประเด็นสำคัญ ของ DHS</li> <li>- โครงการแก้ไขปัญหาร่วมกันของแต่ละ คปสอ. 1 โครงการ</li> <li>- โครงการทีมหมอครอบครัว 5 คะแนน</li> <li>- โครงการแก้ไขปัญหาร่วมกันของแต่ละ อำเภอ โครงการที่ ชี้ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ</li> </ul> <p>4. วิธีการประเมิน ประเมินโดยทีม ประเมินของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยลงพื้นที่ ประเมิน ที่เครือข่ายบริการ โดย...ใช้ข้อมูลการประเมินจาก เอกสารการประเมินตนเอง</p> |
| <p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย</li> <li>2.หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)</li> <li>3.หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)</li> <li>4. แบบประเมินตนเอง DHS – PCA</li> <li>5. แบบประเมิน ODOP ตามองค์ประกอบของ UCCARE</li> </ol>   |
| <p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายมานันท์ เวชบุญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-0261029<br/>E-mail : wetboon_m@hotmail.com</li> <li>2. นายสมบัติ สมบัติวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br/>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141-4 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 083-1188506<br/>E-mail : sbv_00715@hotmail.com</li> </ol>  |
| <p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b></p>                 | <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>   |

## เอกสารประกอบ

## ตัวชี้วัดที่ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ

## เอกสารแนบท้าย

## 1.ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

- 1.การทำงานเป็นทีม (Unity Team)
- 2.การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)
- 3.การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation)
- 4.การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)
- 5.การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
- 6.การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care )

## 2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

|   |   |
|---|---|
| 1 | มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ<br>(แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)   |
| 2 | มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม  |
| 3 | ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม<br>(ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน)<br>(การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร) |
| 4 | มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น<br>(การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)  |
| 5 | มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร<br>(การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)                               |



| UCARE                 | 1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ  | 2 ขยายการ ดำเนินการ   | 3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม   | 4 เรียนรู้  | 5 บูรณาการ  | คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ   |
|-----------------------|---|---|--|---|---|---|
| <b>Unity Team</b>     | มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและ <u>ดำเนินงานตามหน้าที่</u> ในส่วนที่รับผิดชอบ                   | มีการทำงานร่วมกัน <u>เป็นทีมในบาง ประเด็น</u> และ/หรือ มีภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย   | <u>cross functional</u> เป็น team ระหว่างฝ่ายคิด วางแผนและดำเนินการ ร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม <u>ด้วยบางส่วน</u>                                      | <u>fully integrate</u> เป็น โครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและ แนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วน <u>ร่วมด้วย</u>  | ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ <u>ร่วมเป็นทีมกับ</u> เครือข่ายสุขภาพ <u>ในทุกประเด็น</u> สุขภาพสำคัญ   | <b>ทีมสุขภาพ (Health Team)</b> หมายถึง ทีมภายในหน่วยงาน <u>เดียวกัน</u> (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ. สด.กับทีมรพ.สด. , <u>ทีมระหว่าง</u> หน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ. สด.), <u>ทีมแนวตั้งและทีม</u> <u>แนวราบ</u> และ/หรือ <u>ทีมข้ามสาย</u> <u>งาน</u> (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)                                    |
| <b>Customer Focus</b> | มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ ต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการเป็นแบบ <u>reactive</u> | มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจ ความ <u>ต้องการ</u> ของ ประชาชนและ ผู้รับบริการที่ <u>หลากหลายอย่าง</u> น้อยในกลุ่มที่มี <u>ปัญหาสูง</u> | มีช่องทางการรับรู้และ เข้าใจความต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ <u>แต่ละกลุ่ม</u> ครอบคลุมประชากรส่วน <u>ใหญ่</u> และนำมาแก้ไข <u>ปรับปรุงระบบงาน</u> | มีการเรียนรู้และ <u>พัฒนาช่องทางการ</u> <u>รับรู้</u> ความต้องการ ของประชาชนแต่ละ <u>กลุ่ม</u> ให้สอดคล้อง <u>และมีประสิทธิภาพ</u> <u>มากขึ้น</u> | <u>ความต้องการของ</u> ประชาชนและ ผู้รับบริการ <u>ถูกนำมา</u> บูรณาการกับ <u>ระบบงานต่างๆ</u> จน ทำให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา <u>ผูกพัน</u> และมีส่วน <u>ร่วมกับเครือข่าย</u> บริการ <u>ปฐมภูมิ</u> | <u>ความต้องการของประชาชน</u> และ <u>ผู้รับบริการ(Health Need</u> ) หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือ</u> <u>ประเด็นพัฒนา</u> ที่ประชาชนและ ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดย <u>หมายรวมทั้งในส่วนของ felt</u> <u>need</u> (เช่น การรักษาฟื้นฟู)และ <u>unfelt need</u> (เช่น บริการ <u>ส่งเสริมป้องกัน</u> ) |

| UCARE                          | 1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ  | 2 ขยายการ ดำเนินการ  | 3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม  | 4 เรียนรู้  | 5 บูรณาการ  | คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ  |
|--------------------------------|---|--|---|---|---|--|
| <b>Community Participation</b> | มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคี</u> <u>เครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้าน <u>สุขภาพ</u>                              | ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย <u>ร่วมรับรู้ ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้าน</u> <u>สุขภาพ ในงานที่</u> <u>หลากหลายและขยาย</u> <u>วงกว้างเพิ่มขึ้น</u>                                   | ชุมชน และภาคีเครือข่ายมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ</u> <u>ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ</u> <u>กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u> <u>และมีการขยายวงได้</u> <u>ค่อนข้างครอบคลุม</u>                      | ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วมคิด ร่วม</u> <u>วางแผน ร่วม</u> <u>ดำเนินการด้าน</u> <u>สุขภาพ และมีการ</u> <u>ทบทวน เรียนรู้</u> <u>ปรับปรุงกระบวนการ</u> <u>มีส่วนร่วมให้</u> <u>เหมาะสมมากขึ้น</u> | ชุมชน และภาคี <u>เครือข่ายร่วม</u> <u>ดำเนินการอย่างครบ</u> <u>วงจร รวมทั้งการ</u> <u>ประเมินผล จนร่วม</u> <u>เป็นเจ้าของการ</u> <u>ดำเนินงานเครือข่าย</u> <u>บริการปฐมภูมิ</u> |  |
| <b>Appreciation</b>            | มีแนวทางหรือวิธีการ <u>ที่ชัดเจน หรือเริ่ม</u> <u>ดำเนินการในการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้าง</u> <u>ความพึงพอใจของ</u> <u>บุคลากร</u> | มีการขยายการ <u>ดำเนินการตาม</u> <u>แนวทางหรือวิธีการใน</u> <u>การดูแล พัฒนา และ</u> <u>สร้างความพึงพอใจ</u> <u>ของบุคลากรเพิ่มขึ้น</u> <u>ในแต่ละหน่วยงาน</u> <u>หรือในแต่ละระดับ</u> | ดำเนินการตามแนวทาง <u>หรือวิธีการดูแลพัฒนา</u> <u>และสร้างความพึงพอใจ</u> <u>และความผูกพัน</u> (engagement) <u>ของ</u> <u>บุคลากรให้สอดคล้องกับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็น</u> <u>ระบบ</u> | เครือข่ายสุขภาพมี <u>การเรียนรู้ ทบทวน</u> <u>กระบวนการดูแล</u> <u>พัฒนา และสร้าง</u> <u>ความผูกพันของ</u> <u>บุคลากรให้สอดคล้อง</u> <u>กับบริบท</u>  | <u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้บุคลากร</u> <u>มีความสุข ภูมิใจ</u> <u>รับรู้คุณค่าและเกิด</u> <u>ความผูกพันในงาน</u> <u>ของเครือข่ายบริการ</u> <u>ปฐมภูมิ</u>              | <b>ความผูกพัน (engagement)</b><br>หมายถึง การที่บุคลากรมีความ <u>กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน</u> <u>ในหน้าที่ และในงานที่ได้รับ</u> <u>มอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น</u> <u>เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร</u> |

| UCARE  | 1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ   | 2 ขยายการ ดำเนินการ   | 3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม   | 4 เรียนรู้   | 5 บูรณาการ   | คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ   |
|--|--|---|--|--|--|---|
| <b>Resources Sharing and Human Development</b> | มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน | มีการดำเนินการ ร่วมกัน ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ใน บางประเด็น หรือ บางระบบ                                    | มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย ของเครือข่ายสุขภาพ | มีการทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ให้ เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น                         | มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ (ไม่ มีกำแพงกัน) และมี การใช้ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน | <b>Resource</b> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงาน  |
| <b>Essential Care</b>                          | มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน                | มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท และตามความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มีปัญหาสูง | มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท ตาม ความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม และชุมชนที่ ครอบคลุม ประชากร ส่วนใหญ่                                     | มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแล สุขภาพ และพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ เกิดการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น | มีการจัดระบบดูแล สุขภาพอย่างบูรณา การร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะ สุขภาพดี                                  | <b>Essential Care</b> หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดยสอดคล้อง กับบริบทของชุมชน และเป็นไป ตามศักยภาพของเครือข่าย บริการปฐมภูมิ |

ภาคผนวก



รพ.สต.ติดดาว



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี

**คู่มือ** แนวทางการพัฒนา

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว**

**(รพ.สต.ติดดาว)**



# รพ.สต.ติดดาว



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี



## คำนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และสำคัญที่สุดคือมีคุณภาพมาตรฐาน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (P&P, Service, People, Governance) การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 2 ระบบบริการ เรียกว่า รพ.สต.ติดดาว หนังสือเล่มนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ซึ่งเนื้อหาหลักประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินคุณภาพรพ.สต. 5 ดาว 5 ดี และแนวทางการดำเนินงานการประเมินรพ.สต.ในปี 2560 โดยหน่วยงานระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2560 เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

คณะทำงานพัฒนารพ.สต.ติดดาว

พฤศจิกายน 2559





## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| คำนิยามปลัดกระทรวงสาธารณสุข                                    | 3    |
| บทที่ 1 แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว        | 4    |
| บทที่ 2 ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว | 6    |
| บทที่ 3 เกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว          | 16   |
| บทที่ 4 แนวทางการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว     | 121  |
| ภาคผนวก  | 123  |







## ค่านิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยอีก 20 ปีข้างหน้า มีเป้าหมายอายุเฉลี่ยประชาชนเท่ากับ 80 ปี และอายุเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีเท่ากับ 72 ปี กระทรวงสาธารณสุขจึงให้บริการประชาชนทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในการบรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เนื่องจากเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่ารักษา และเป็นกลไกที่คุ้มค่าแก่การลงทุน

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดโครงการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีชื่อเรียกว่า รพ.สต.ติดดาว ซึ่งจะมีเนื้อหาการประเมินครอบคลุมยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขคือ ความเป็นเลิศ ทั้ง 4 ด้าน โดยเน้นการทำงานเชื่อมกับหน่วยบริการแม่ข่ายได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ดี นอกจากนี้มีการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันในชุมชนได้แก่ ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค และระบบธรรมาภิบาล

ผมขอเป็นกำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ร่วมกันพัฒนาและประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อยกระดับการให้บริการประชาชน บรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ปี 2560 เป็นปีเริ่มต้นและหวังว่าอีก 5 ปี ข้างหน้า รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพติดดาวทุกแห่ง ซึ่งจะทำให้เกิดสังคมสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

นพ. โสภณ เมฆธน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## บทที่ 1

### แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยาย การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับ การให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน

ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น แต่จาก สถานการณ์การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547 – 2558) พบว่า อัตราการใช้บริการ ผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น สถานการณ์บุคลากรยังขาดแคลน เช่น วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพบริการโรคเรื้อรังยังไม่ดีขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี ในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ในขณะเดียวกัน บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มี กำนันิยมในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้าน โดยนำตัวย่อจาก ชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือบุคลากรเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะ โลก โจร หลง ให้ได้ O คือ Originality สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ P คือ People Centered Approach เอาประชาชน เป็นศูนย์กลาง และ H คือ Humility อ่อนน้อมถ่อมตน

ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต. ขึ้น คือ **เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)** ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ (Approach) มีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วย บริการปฐมภูมิ ในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้ง การบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร เกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการประจำและ หน่วยบริการปฐมภูมิ ของ สปสช. มุ่งเน้นพัฒนา ศักยภาพการจั้ดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุข



ของหน่วยบริการ เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ไปใช้ในการทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมีความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นการเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration)

นอกจากนั้น กระบวนการประเมิน รับรอง รพ.สต.ติดดาว (Accreditation) จะช่วยกระตุ้นสนับสนุน และเสริมพลังให้ทีมงานในพื้นที่ให้ทำงานประสบความสำเร็จโดยใช้กระบวนการเยี่ยมผู้ปฏิบัติงานด้วยการดูแล (Caring) จากวิชาชีพเครือข่ายบริการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการให้คำแนะนำในการดำเนินงาน (Coaching) ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและการให้คุณค่า (Appreciation) กับทีมงานพื้นที่ หลังการประเมินมีการถอดบทเรียน (Learning) และมอบรางวัลให้กำลังใจในทีมงาน (Award)

ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีบทบาทในการพัฒนาและลงเยี่ยมสำรวจและตรวจประเมินเพราะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเป็นการลดข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลนใน รพ.สต.ได้ โดยอาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลพลอยได้ที่เกิดขึ้นคือความสามัคคีในทีมงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความสัมพันธ์อันดีในเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจกันในทีมงาน เข้าถึงและพัฒนางานให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินมีในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต

ผลที่จะได้รับจากการเยี่ยมสำรวจ/ ประเมินผล คือ เกิดการกระตุ้นให้ รพ.สต. มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายที่เป็นระบบสนับสนุน (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการใน รพ.สต. ให้ตอบสนองความต้องการความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## บทที่ 2

### ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและกระบวนการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนมีการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE (U : Unity Team, C : Customer focus, C : Community Participation A : Appreciation, R : Resource Sharing and human development, E : Essential care)

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ตั้งแต่ ระดับ รพ.สต. เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีการพัฒนาความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ( P&P Excellence) 2. ระบบบริการ ( Service Excellence) 3. การพัฒนาคน ( People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

| การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว<br>(รพ.สต.ติดดาว)  | แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี<br>4 Excellence Strategies |
|--|---|
| มีการกำหนดทิศทาง แนวทางการกำกับดูแลตนเองที่ดี ถ่ายทอดสื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้ง รพ.สต. และกำหนดวิธีการ ทบทวนผลการดำเนินการของ รพ.สต. เพื่อให้บรรลุพันธกิจของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมที่แสดงความรับผิดชอบ ต่อสังคมอย่างมีจริยธรรมและเป็น รพ.สต. ที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของสังคม วางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ รพ.สต. ร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอก ในการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะยาว และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในด้านการวัดการเลือกรวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูล สารสนเทศ เพื่อผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการและกระบวนการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ | Governance excellence                                   |



| <p style="text-align: center;"><b>การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</b><br/>(รพ.สต.ติดดาว)</p>  | <p style="text-align: center;"><b>แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี</b><br/><b>4 Excellence Strategies</b></p> |
|---|---|
| <p>รพ.สต. รับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากร กลุ่มเป้าหมาย และสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับรู้ ความต้องการความคาดหวัง และความนิยมของประชากรเป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทันสมัย เพื่อให้มั่นใจว่าจัดการดำเนินงานได้ตอบสนอง และสอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความประทับใจต่อประชากรเป้าหมาย ชุมชน ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธา การยอมรับ และความพึงพอใจในระบบบริการของ รพ.สต. โดยมีการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวม ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง</li> <li>2. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัวแบบผสมผสานเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง</li> <li>3. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันการณ</li> <li>4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน</li> </ol> | <p style="text-align: center;">PP excellence</p>  |
| <p>ตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกันการสร้างและรักษาภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.</p>   | <p style="text-align: center;">People excellence</p>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดระบบสนับสนุนบริการ (ควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ) <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การจัด อาคารสถานที่ และพัฒนาสิ่งแวดล้อม</li> <li>1.2 ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ</li> <li>1.3 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และคุ้มครองผู้บริโภค</li> <li>1.4 การจัดระบบการบริการด้านชั้นสุด</li> <li>1.5 การจัดหา บำรุงรักษา การซ่อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์</li> </ol> </li> <li>2. การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ</li> </ol> <p>การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน / วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผลมิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน</p>  | <p style="text-align: center;">Service excellence</p>   |

โดยมาตรฐานประกอบด้วย 5 ส่วน ต่อไปนี้ คือ บริหารดี ประสานงานดี ภาคมีส่วน ร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีความสุขดี จึงเป็นที่มาของคำว่า รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี)



ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยใน

M คือ Mastery การมีภาวะผู้นำในทุกกระดับ มีการให้ความสำคัญและให้น้ำหนักคะแนน ในเกณฑ์คุณภาพส่วนที่ 1 สูง คือ เรื่องการบริหารงานที่ดี การนำองค์กรและการจัดการดี เช่น ผู้บริหารทุกระดับ กำหนดทิศทางพัฒนาที่ชัดเจน ต้องมีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) คณะกรรมการสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องทำงานร่วมกับรพ.สต.เพื่อจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน เป็นต้น ถ้าส่วนนี้ไม่สำเร็จอาจทำให้การพัฒนาในส่วนอื่นไม่สำเร็จตามมาได้ O คือ Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 3 รพ.สต. มีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรมงานวิจัย ที่ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สุขภาพดี เป็นต้น

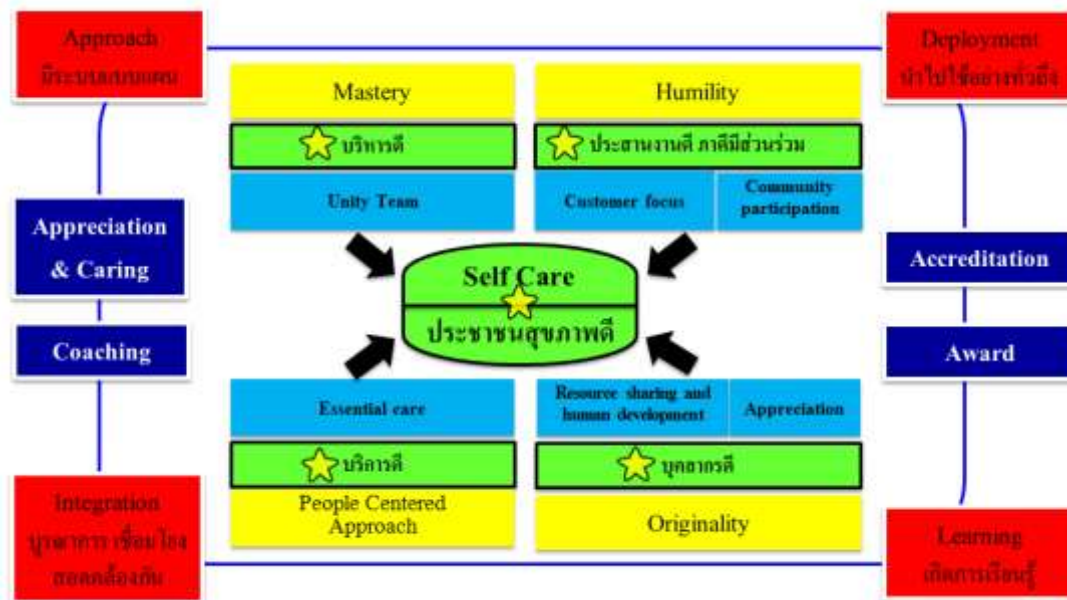
P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 4 เน้นให้มีการจัดบริการที่จำเป็นเหมาะสม (Essential care) ให้สอดคล้องกับปัญหาชุมชน (ODOP) ครอบคลุมทุกประเภทและกลุ่มวัย

H คือ Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 2 การประสานเครือข่ายได้ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำให้การทำงานราบรื่น



สุดท้ายผลการพัฒนาก็จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือประชาชนมีความสุข เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี ในที่สุด

กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว สรุปตามแผนภูมิต่อไปนี้



เอกสารอ้างอิงอื่นในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อลดความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว เช่น

1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS-PCA)
2. เกณฑ์การประเมินคัดเลือก โรงพยาบาล ลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ดีเด่น/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ดีเด่น ปี 2559
3. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 /จังหวัดสิงห์บุรี/จังหวัดอุทัยธานี ปี 2559
4. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2559
5. 4 Excellence Strategies
6. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560
7. เกณฑ์จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ( Quality and outcomes framework : QOF) ปีงบประมาณ 2560
8. คู่มือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ปี 2558
9. เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ” ปี 2559 – 2560 (สปสช.)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ( District Health System : DHS) ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และมีเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

โดยมีความคาดหวังว่า ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5 ดาว 5 ดี) ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อยคือ

1. ประชาชนได้รับบริการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วม สามารถจัดการเรื่องระบบบริการ การเงิน โครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ รวมถึงระบบสนับสนุน ทำให้หน่วยบริการทำงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2. หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

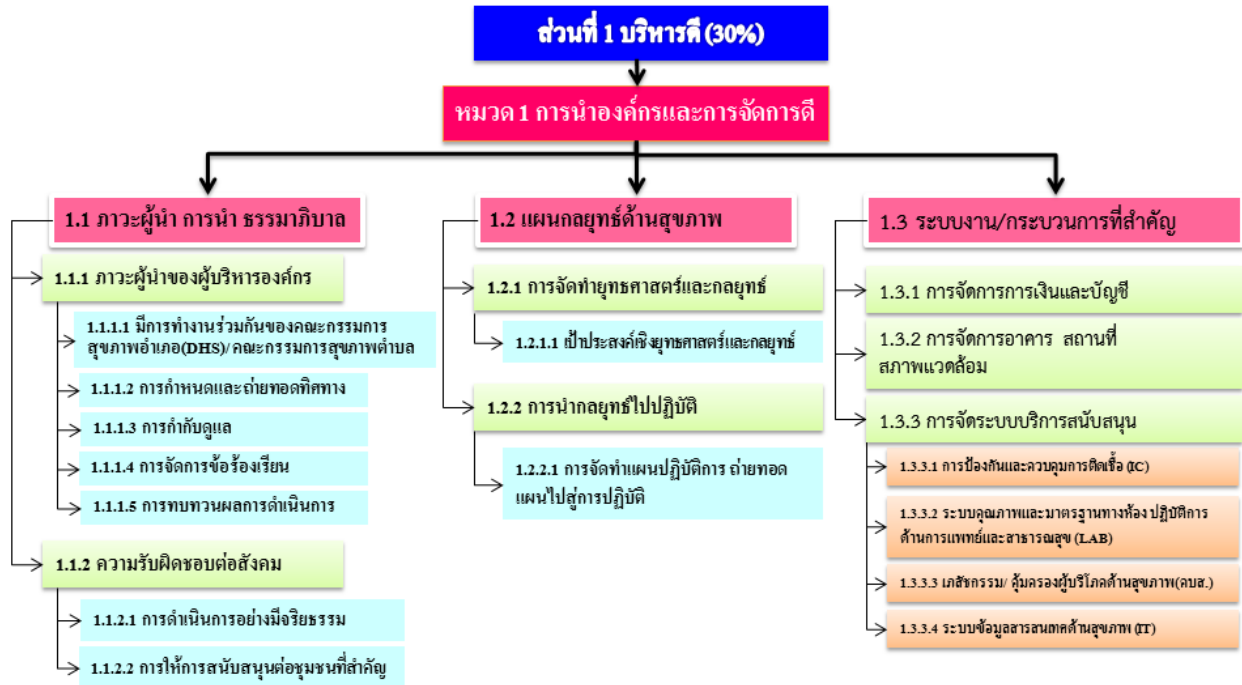
3. บุคลากรที่ให้บริการมีเพียงพอเหมาะสม มีศักยภาพ และมีความสุขในการให้บริการ รวมถึงมีกลไกทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งมีความสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้

4. ประชาชนจะได้รับบริการที่ดี ตอบสนองกับปัญหาในพื้นที่ การบริการในและนอกหน่วยบริการ มีครบถ้วนตามความจำเป็น ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

5. ประชาชนมีสุขภาพดี มีกลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีการติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อนำไป พัฒนานวัตกรรม การจัดการความรู้ นำไปสู่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป



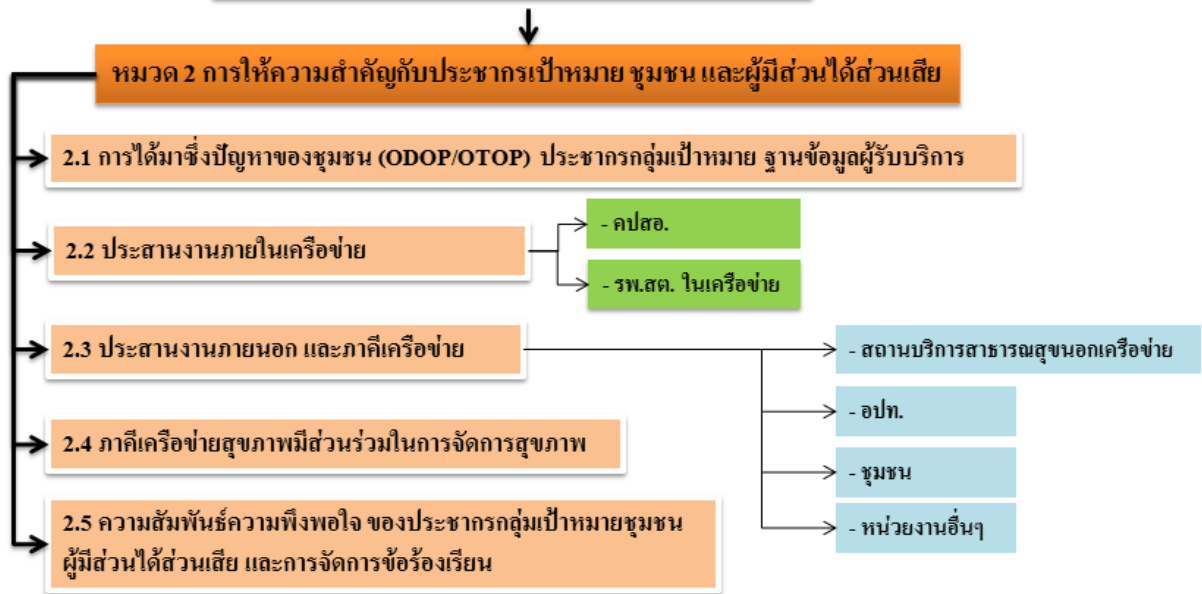
เนื้อหาของมาตรฐานในแต่ละส่วนมีดังต่อไปนี้



ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา แต่การมีภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญเช่นกันแม้ไม่ได้เป็นผู้บริหารก็ตาม เช่น สามารถประสานงาน ผู้บริหาร ภาควิชาเครือข่าย ให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น ผู้นำหรือทีมผู้นำ มีนโยบายที่ชัดเจนและมีช่องทางการสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้นำของภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการทำงาน มีการให้ความสำคัญกับข้อร้องเรียนมีการจัดระบบรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการแก้ไข มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมาย ระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคมโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดูแลกันในชุมชนให้มีสุขภาพดี

นอกจากนี้ระบบการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเงิน อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม พัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) เกษีกรรม/คู่มือรองผู้บริโภคดีด้านสุขภาพ (คปส.) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในหน่วยบริการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

## ส่วนที่ 2 ประสานงานภาคีมีส่วนร่วม (10%)



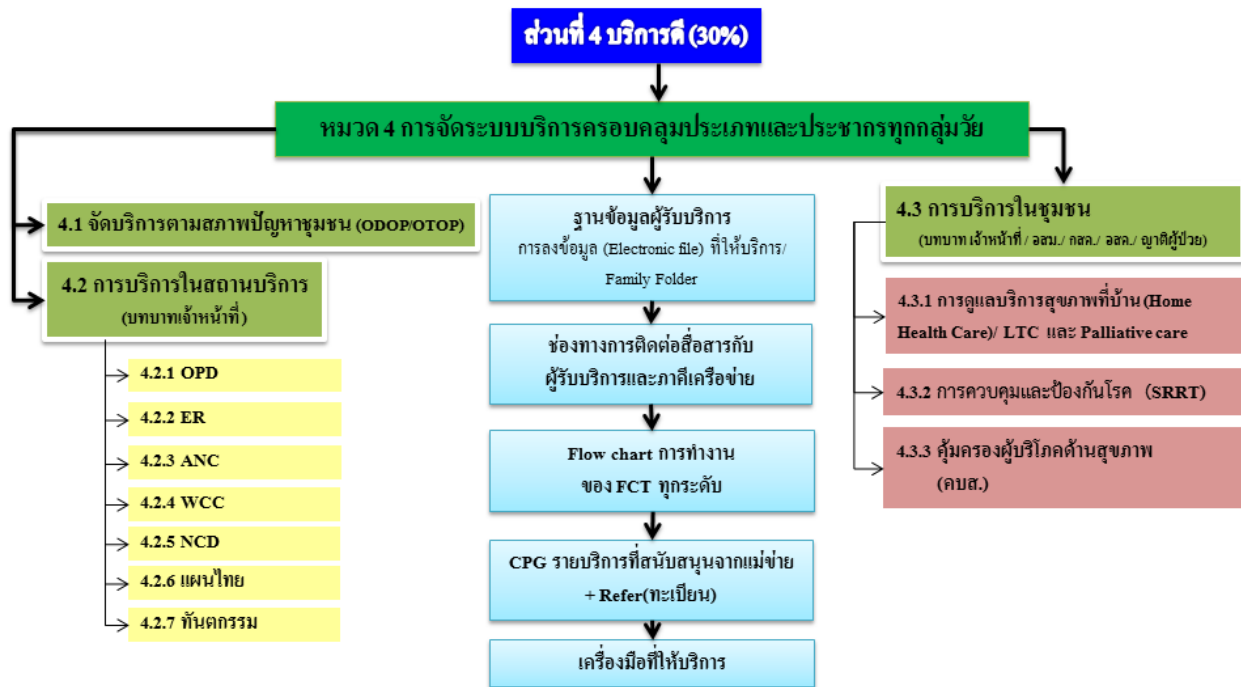
ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่ายและภาคีเครือข่าย มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างความร่วมมือ ร่วมกันคิด ค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผน โครงการแก้ปัญหา ร่วมกันทำ ร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึงประเมินผลและเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งผลให้ประชาชนมีความสุขดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน

นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้วการประสานภายใน คปสอ. หรือ รพ.สต. มีแนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมตามบริบท

## ส่วนที่ 3 บุคลากร (10%)



เพื่อให้เกิดการบริการที่ดี ควรมีการวางแผนเรื่องอัตรากำลัง สำรองส่วนขาด วางแผนการสรรหาบุคลากรให้ตรงตามความต้องการ มีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการพัฒนาคุณภาพบุคลากร สร้างแรงจูงใจ สร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ให้รางวัล ประเมินผลอย่างเป็นธรรม การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจ อันเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดีแล้วเจ้าหน้าที่ต้องมีความสุขในการทำงานด้วยและเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพยั่งยืน ในการพัฒนาบุคลากร รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้

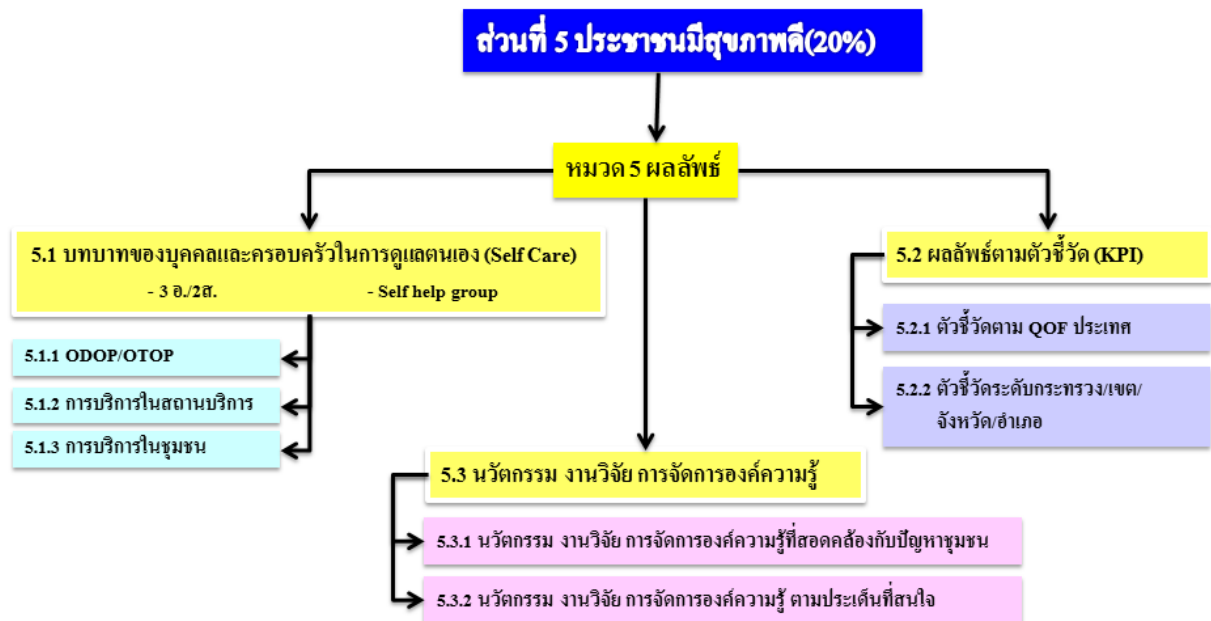


หน้าที่สำคัญของรพ.สต. คือ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

การพัฒนางานเชิงรับในสถานบริการ รพ.สต.เป็นหน่วยบริการด่านหน้า สามารถให้บริการที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิษฟู และทุกกลุ่มวัย ได้แก่การบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี การฟื้นฟูโดยแพทย์แผนไทยหรือกายภาพบำบัด และงานทันตกรรม มีเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้เพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการให้บริการประชาชน

การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ การควบคุมโรคระบาด การคุ้มครองผู้บริโภค

ในการบริการต้องมีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงอาศัย Clinical Practice Guidelines (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นแนวทางให้บริการและสามารถปฏิบัติได้จริง สร้างช่องทางการสื่อสารระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถ เพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ มีการบันทึกข้อมูลบริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เก็บรักษาในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย



สุดท้ายผลลัพธ์ในการทำงานคือ ประชาชนมีสุขภาพดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ รวมถึงร่วมกันดูแลกันในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ได้รับบริการด้านสุขภาพครบถ้วนเหมาะสม มีการติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลกลาง คือ HDC และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สร้างนวัตกรรมงานวิจัย สอดคล้องกับปัญหาชุมชน เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

เนื่องจากรพ.สต.แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ศาสนา รวมทั้งจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ดังนั้นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว นี้จึงเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำ สำหรับเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพในรพ.สต.ให้สามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสม คณะทีมตรวจประเมินและผู้รับการประเมินต้องทำความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาวอย่างละเอียด มีข้อตกลงในการประเมินร่วมกัน เพื่อให้การพัฒนาบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างแท้จริง นอกจากนั้น พื้นที่ที่สามารถพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมจากเกณฑ์นี้ได้ อันเป็นการพัฒนาต่อยอด ต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาตามวงล้อ PDCA ที่ไม่มีสิ้นสุด



อนึ่ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ คือการทำงานร่วมกันของ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ภาคีภาคส่วน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ภาคเอกชน และประชาชน ซึ่งต้องอาศัยการนำองค์กร และการจัดการที่ดี นอกจากนั้นต้องอาศัยการ นำของผู้บริหารทุกระดับ จึงสามารถขับเคลื่อนนโยบายและงานสำคัญให้ประสบความสำเร็จ ได้ จึงมีการให้ น้ำหนักคะแนนในส่วนนี้สูง เช่นเดียวกับ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย เป็น งานหลักที่สำคัญของรพ.สต.จึงต้องมีคุณภาพได้มาตรฐานสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าจะได้รับการดูแลเป็น อย่างดี ในหน่วยบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจของตน การบริการที่ดีจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการสนับสนุนที่ดีด้วย เช่นกัน มาตรฐานในส่วนที่เหลือจึงมีความสำคัญเช่นกัน จึงควรพัฒนาควบคู่กันไปเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด







## บทที่ 3

## เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

| เกณฑ์                                       | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|---|--|-----------|-------------|--|---|
| หมวด 1<br>การนำองค์กร<br>และ<br>การจัดการดี | <b>1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมชาติบาล</b>   | (14)      |             | - สัมภาษณ์ / บันทึก<br>และรายงานการ<br>ประชุม  | ระบบการนำ หมายถึง<br>โครงสร้างและกลไกการ<br>ตัดสินใจของผู้นำในองค์กร<br>การสื่อสาร การนำผลการ<br>ตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การ<br>ปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนา<br>ผู้นำ/ผู้บริหาร การปลูกฝัง<br>ค่านิยม ทิศทาง ความ<br>คาดหวัง รวมทั้ง<br>ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ<br>คณะกรรมการสุขภาพ<br>อำเภอ (DHS) หมายถึง<br>องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ<br>โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)<br>สำนักงานสาธารณสุข<br>อำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล<br>ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.<br>สต.) องค์กรปกครองส่วน |
|   | <b>1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร</b>   | (10)      |             | - มีโครงสร้างองค์กร<br>มีคณะกรรมการ/<br>คณะทำงาน<br>มีระบบการทำงาน<br>การมอบหมายงาน<br>ที่ชัดเจน |   |
|   | <b>1.1.1.1 มีการทำงานร่วมกันของ<br/>คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ(DHS)/<br/>คณะกรรมการสุขภาพตำบล</b> | (2)       |             |  |   |
|   | - ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบาย<br>กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน<br>ร่วมกัน                   | 0         |             |  |   |
|   | - ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด<br>ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน<br>น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง        | 1         |             |  |   |
|   | - ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด<br>ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ทุก<br>3 เดือน                 | 2         |             |  |   |



| เกณฑ์                                       | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|---|-------------------|-----------|-------------|------------------|---|
| หมวด 1<br>การนำองค์กร<br>และ<br>การจัดการดี |                   |           |             |                  | <p>ท้องถิ่น (อปท.) วัด<br/>โรงเรียน หน่วยงานเอกชน<br/>ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง<br/>และภาคประชาสังคม เป็น<br/>ต้น โดยมีการทำงานด้าน<br/>สุขภาพร่วมกันของทุกภาค<br/>ส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มี<br/>ความสัมพันธ์สามารถ<br/>ประสานและสามารถ<br/>เชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมี<br/>เป้าหมายเดียวกัน</p> <p>คณะกรรมการสุขภาพ<br/>ตำบลหมายถึง ผู้แทนจาก<br/>โรงพยาบาลแม่ข่าย<br/>สำนักงานสาธารณสุข<br/>อำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล<br/>ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ<br/>สต.) องค์กรปกครองส่วน<br/>ท้องถิ่น (อปท.)<br/>ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน<br/>สาธารณสุขอื่นๆ วัด<br/>โรงเรียน หน่วยงานเอกชน<br/>ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง<br/>และภาคประชาสังคมซึ่ง<br/>รวมถึง อสม.และผู้แทน<br/>ชุมชนอื่นๆ</p> |



| เกณฑ์                                       | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|---|--|-----------|-------------|--|---|
| หมวด 1<br>การนำองค์กร<br>และ<br>การจัดการดี | 1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอด<br>ทิศทาง   | (2)       |             | - พิจารณาจากข้อมูล<br>CPP (Contracting<br>Provider Profile)<br>ร่วมกับการสัมภาษณ์<br>ทีมงานผู้รับผิดชอบ<br>โดยอธิบายแสดง<br>พันธกิจ เป้าหมาย<br>ค่านิยม แผน<br>ยุทธศาสตร์ แผนงาน<br>และโครงการ ในการ<br>จัดบริการ<br>สาธารณสุข โดย<br>พิจารณาความ<br>สอดคล้องกับสถานะ<br>ของผู้รับบริการและ<br>ตามบริบทของพื้นที่/<br>มีแผนงานที่<br>สอดคล้องกับ<br>แผนงานของ CUP ที่<br>ระบุเป็นลายลักษณ์<br>อักษรที่ชัดเจน | วิสัยทัศน์<br>หมายถึงการมอง ไปใน<br>อนาคต(Future<br>Perspective) เป็นสิ่งที่จะ<br>บอกถึงสิ่งที่องค์กรอยากจะเป็น<br>ในอนาคตและการ<br>กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ<br>ค่านิยมต้องคำนึงถึงความ<br>ต้องการหรือผลประโยชน์<br>จากประชาชน ชุมชน<br>สังคม และผู้ได้รับ<br>ผลกระทบในพื้นที่<br>รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็ง<br>ขององค์กร<br>ซึ่งวิสัยทัศน์และ<br>เป้าประสงค์ อาจกล่าวถึง<br>ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ<br>ประชาชนหรือรูปแบบ<br>การบริการที่ปรารถนาใน<br>อนาคต 3-5 ปี เป็นต้น |
|   | มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ<br>ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มี<br>แผนงานและโครงการ ที่สอดคล้องกับ<br>สถานะสุขภาพของผู้รับบริการ และ<br>บริบทของพื้นที่ มีการสื่อสารให้บุคลากร<br>และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ระบุ<br>เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน | 0         |             |  |   |
|   | - ไม่มีเอกสาร ไม่มีการดำเนินงาน  | 1         |             |  |   |
|   | - มีเอกสารไม่ครบถ้วน มีการ<br>ดำเนินงานแต่ไม่มีการวิเคราะห์ผลการ<br>ดำเนินงาน  | 2         |             |  |   |
|   | - มีเอกสารครบถ้วน มีการ<br>ดำเนินงานและมีการวิเคราะห์ผล สรุปผล<br>การดำเนินงาน   |           |             |  |   |
|   |  |           |             | - พิจารณาเอกสาร<br>ร่วมกับการสัมภาษณ์<br>ผู้รับผิดชอบมี<br>แผนงานที่สอดคล้อง<br>กับแผนงานของ<br>CUP และสอดคล้อง<br>กับสถานะสุขภาพ  | การสื่อสารทิศทางของ<br>องค์กร หมายถึงการสื่อสาร<br>ทิศทางขององค์กรใน<br>อนาคตที่ต้องการให้<br>บุคลากรในองค์กรได้รับ<br>ทราบและเข้าใจเมื่อได้<br>จัดทำวิสัยทัศน์และกำหนด   |





| เกณฑ์                                       | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา  | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|---|-------------------|-----------|-------------|---|---|
| หมวด 1<br>การนำองค์กร<br>และ<br>การจัดการดี |                   |           |             | ของผู้รับบริการ<br>- พิจารณาจากความรู้<br>ความเข้าใจของ<br>บุคลากรและผู้มีส่วน<br>ได้ส่วนเสียในการนำ<br>วิสัยทัศน์ พันธกิจ<br>แผนการดำเนินงาน<br>เพื่อนำไปสู่การ<br>ปฏิบัติ | เป้าประสงค์ คำนิยาม และ<br>ความคาดหวังขององค์กร<br>แล้วจะต้องมีกระบวนการ<br>สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ<br>เพื่อให้<br>บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับ<br>และนำไป ปฏิบัติอย่าง<br>จริงจัง ผู้บริหารสามารถ<br>ดำเนินการได้หลายวิธีแต่<br>วิธีการหนึ่งที่มี<br>ประสิทธิภาพได้แก่การ<br>สื่อสาร แบบสองทิศทาง<br>(Two Way<br>Communication) สร้าง<br>บรรยากาศที่ดีในทุก<br>รูปแบบที่สามารถ<br>ดำเนินการได้ กระตุ้นให้<br>บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วน<br>ได้ส่วนเสียรับทราบ<br>เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของ<br>ทิศทางดังกล่าวร่วมกัน<br>สามารถดำเนินการได้อย่าง<br>มีประสิทธิภาพ และมีความ<br>ผาสุก |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา  | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-------|--|-----------|-------------|---|---|
|       | <b>1.1.1.3 การกำกับดูแล</b>  | (2)       |             | - โครงสร้างการบริหาร  | การกำกับดูแล หมายถึง การแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี  |
|       | มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกันทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วมตรวจสอบได้ |           |             | - ระเบียบปฏิบัติ การกำกับดูแลตนเอง                                | ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้าน  |
|       | - ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ   | 0         |             | - มาตรฐานหรืออื่นๆ ที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร               | การเงิน ความโปร่งใสใน   |
|       | - มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน  | 1         |             | - กฎระเบียบ หรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง                               | การดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายใน ภายนอกการพิทักษ์   |
|       | - มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและมีการทบทวนพิจารณาผลการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรค อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร  | 2         |             | - แนวทางการตรวจสอบ ประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ                    | ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย   |
|       | <b>1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน</b>   | (2)       |             | - บันทึกอุบัติการณ์, การจัดการแก้ไขข้อร้องเรียน, สัมภาษณ์, สัมผัส | ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการทั้งจากภายใน/ภายนอก ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการ ทำให้ไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน |
|       | มีระบบรับฟังความคิดเห็น รับข้อร้องเรียนในรูปแบบต่างๆ มีผู้รับผิดชอบ และมีแนวทางการแก้ไข มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงการบริการ และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง   |           |             |   |   |
|       | - ไม่มีระบบ  | 0         |             |   |   |
|       | - มีระบบ แต่ไม่มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง(น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง)และไม่เป็นลายลักษณ์อักษร                          | 1         |             |   |   |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|---|------------|-------------|--|--|
|       | - มีระบบ และมีผลการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง(ทุก 3 เดือน)และเป็นลายลักษณ์อักษร  | 2          |             |  |  |
|       | <b>1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ</b>   | <b>(2)</b> |             | แผนยุทธศาสตร์/<br>แผนปฏิบัติการ/<br>การวิเคราะห์และ<br>ปรับปรุงแผน<br>การดำเนินงาน | การทบทวนผลการดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็นวิธีการในการเลือกและรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินการและนำผลการดำเนินงานมาทบทวนวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น |
|       | มีการทบทวนผลการดำเนินงานและจัดทำแผน เช่น การบริหารงาน การจัดระบบสนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนาวิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผลงาน การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ได้จากการทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของประชาชน |            |             |  |  |
|       | - ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน  | 0          |             |  |  |
|       | - มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง(ปีละ 1 ครั้ง)และไม่มีผลลัพธ์ของการพัฒนา  | 1          |             |  |  |
|       | - มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์  | 2          |             |  |  |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา                                      | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|---|-----------|-------------|---|--|
|       | <b>1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม</b>  | (4)       |             | เอกสารแสดงกฎและระเบียบ<br>ในการปฏิบัติงาน             | พฤติกรรมที่ปฏิบัติตาม<br>กฎหมายและจริยธรรม :<br>หน่วยบริการ/องค์กร แสดงให้เห็นว่ามีการระบุและ<br>คาดการณ์ความเสี่ยง /<br>ผลกระทบด้านลบต่อ<br>สังคม/<br>และความกังวลของ<br>สาธารณะเนื่องมาจาก<br>บริการ/<br>การดำเนินงานขององค์กร<br>และมีการเตรียมการแก้ไข<br>รวมถึงการใช้กระบวนการ<br>ที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า<br>รักษาสิ่งแวดล้อม มีการ<br>กำหนดกระบวนการ<br>เพื่อให้มีการปฏิบัติตาม<br>กฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้ง<br>ลดความเสียหายเหล่านั้น |
|       | <b>1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมี<br/>จริยธรรม</b>   | (2)       |             |   |  |
|       | มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นค่านิยม<br>และวัฒนธรรมในการทำงานของ<br>บุคลากรที่ใช้ตัดสินความถูกต้องและ<br>ความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อ<br>พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการและผู้มีส่วน<br>ได้ส่วนเสีย |           |             |   |  |
|       | - ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ  | 0         |             |   |  |
|       | - มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น<br>ลายลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ  | 1         |             |   |  |
|       | - มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลาย<br>ลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่าง<br>เป็นรูปธรรม  | 2         |             |   |  |
|       | <b>1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อ<br/>ชุมชนที่สำคัญ</b>   | (2)       |             | รูปภาพกิจกรรม/<br>การบันทึกการให้<br>การสนับสนุนชุมชน | <b>ชุมชน (Community)</b><br>ครอบคลุมทั้งชุมชน<br>ทางภูมิศาสตร์ และชุมชน<br>ในลักษณะอื่นๆ เช่น กลุ่ม<br>บุคคล<br>ที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์เพื่อ<br>บรรลุเป้าหมายเดียวกัน<br>หรือเครือข่ายสุขภาพ เป็น<br>ต้น  |
|       | มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมใน<br>การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับ<br>ชุมชนนอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบ<br>โดยตรง เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อ<br>ชุมชน  |           |             |   |  |
|       | - ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน  | 0         |             |   |  |
|       | - มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มี   | 1         |             |   |  |





| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|---|-----------|-------------|------------------|--|
|       | การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีภาพหรือหลักฐานเชิงประจักษ์            |           |             |                  | <b>การสนับสนุนชุมชน (Community support)</b><br>รวมถึงความพยายามในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในด้านการให้บริการ<br>การให้สุขศึกษา เพื่อ<br>สุขอนามัย และการจัดการสิ่งแวดล้อม<br>การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น<br>การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถ<br>รับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง<br>ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี |
|       | - มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์ | 2         |             |                  |  |



| เกณฑ์                                       | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|---|--|-----------|-------------|--|--|
| หมวด 1<br>การนำองค์กร<br>และ<br>การจัดการดี | <b>1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ</b>  | (4)       |             | สัมภรณ์วิธีการ<br>จัดทำแผน/การ<br>กำหนดเป้าประสงค์/<br>แผน | กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่า อาจเป็นผลหรือผลมาจาก หรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ :<br>การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับ บุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการ<br>เชิงบูรณาการ การตอบสนอง<br>ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ<br>ชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข<br><br>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives)<br>หมายถึงความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่องค์กรต้องการบรรลุ เพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็น |
|   | <b>1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์</b>  | (2)       |             |  |  |
|   | <b>1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์</b>   | (2)       |             |  |  |
|   | มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ |           |             |  |  |
|   | - ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์   | 0         |             |  |  |
|   | - มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ  | 1         |             |  |  |
|   | - มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ  | 2         |             |  |  |



| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา                      | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|--|---|-----------|-------------|---------------------------------------|---|
| หมวด 1<br>การนำองค์กร<br>และ<br>การจัดการดี  |   |           |             |                                       | แนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร  |
|  | <b>1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ</b>  | (2)       |             | สัมพันธภาพการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ | การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการบุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ |
|  | <b>1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ</b>   | (2)       |             |                                       |   |
|  | มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คนงบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ |           |             |                                       |   |
|  | - ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และ ไม่มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ  | 0         |             |                                       |   |
| - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติงาน | 1   |           |             |                                       |   |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|--|-----------|-------------|------------------|--|
|       | - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ | 2         |             |                  | <b>แผนปฏิบัติการ (Action plan)</b> หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากรที่ต้องใช้ในช่วงเวลาที่ต้องทำให้สำเร็จ |
|       | <b>รวมคะแนน</b>  |           |             |                  |  |





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

## 1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี

| เกณฑ์                                  | รายการตรวจประเมิน   | คะแนน     |              | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|--|---|-----------|--------------|--|---|
|  |   | มี<br>(1) | ไม่มี<br>(0) |  |   |
| 1.3.1 การจัด<br>การการเงิน<br>และบัญชี | 1.3 ระบบรายงาน/กระบวนการที่สำคัญ  |           |              | พิจารณาจากหลักฐาน  | การกำกับ ติดตาม<br>ตรวจสอบ การเงิน การ<br>คลัง  |
|  | มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน<br>การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ  |           |              | การดำเนินงานเช่น<br>คำสั่งคณะกรรมการ/<br>แผนการใช้จ่ายเงิน                           | หมายถึงการ<br>ควบคุมดูแลการใช้<br>จ่ายเงินแผ่นดิน และ<br>ของหน่วยงานภาครัฐให้<br>เป็นไปโดยถูกต้องมี<br>วินัย คุ่มค่า โปร่งใส<br>และสามารถตรวจสอบ<br>ได้ โดยการวางกรอบ<br>หลักเกณฑ์กลางให้<br>หน่วยงานภาครัฐถือ<br>ปฏิบัติ |
|  | 1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของ<br>หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการเบิก<br>จ่ายเงินตอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ<br>งานการเงิน |           |              | งบประมาณ เงินบำรุง /<br>การควบคุมการรับ<br>จ่ายเงิน/การจัดทำบัญชี<br>เกณฑ์คงค้าง/การ |   |
|  | 2. มีแผนการใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงิน<br>บำรุง  |           |              | ควบคุมการใช้<br>ใบเสร็จรับเงิน/การ<br>สรุปผล/การจัดซื้อจัด                           |   |
|  | 3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็น<br>ปัจจุบันถูกต้อง(404/407)   |           |              | จ้าง/ผลการตรวจสอบ<br>ของคณะกรรมการ   |   |
|  | 4. มีเพิ่มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างหรือ  |           |              | ตรวจสอบภายใน   |   |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนน     |              | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-------|---|-----------|--------------|------------------|------------------|
|       |   | มี<br>(1) | ไม่มี<br>(0) |                  |                  |
|       | มีการบันทึกบัญชีผ่านโปรแกรมการเงินอื่นๆ<br>ได้ถูกต้องและทันตามกำหนดเวลา |           |              |                  |                  |
|       | 5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และ<br>สรุปผลการใช้ประจำปี               |           |              |                  |                  |
|       | 6. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ/จ้างเป็น<br>ปัจจุบัน                       |           |              |                  |                  |
|       | 7. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการ<br>ตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง            |           |              |                  |                  |

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- มีครบถ้วน 7 รายการ =5 คะแนน
- มี 6 รายการ = 4 คะแนน
- มี 5 รายการ = 3 คะแนน

คะแนนที่ได้.....



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.2 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม

| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน                                    | คะแนน<br>นเต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | วิธีการประเมิน                            | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|--|--|----------------|-----------------|---|--|
| 1. สภาพแวดล้อม<br>ภายนอกอาคาร<br>(รวม 7 คะแนน) | 1.1 การปรับปรุงสภาพ<br>สิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร        | (4)            |                 | สังเกต สํารวจ                             | สะอาด หมายถึงความสะอาด<br>บริเวณสถานที่ มีความเป็น<br>ระเบียบเรียบร้อย   |
|  | - บริเวณทั่วไปไม่สะอาด                               | 0              |                 |   |  |
|  | - บริเวณทั่วไปสะอาด                                  | 3              |                 |   |  |
|  | - บริเวณทั่วไปสะอาดจัดเป็น<br>สัดส่วนมีรั้วรอบขอบชิด | 4              |                 |   |  |
|  | 1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ<br>การเข้าถึงบริการ |                |                 | สังเกต/<br>สอบถาม/<br>สํารวจ/<br>สัมภาษณ์ | จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วย<br>ฉุกเฉิน คือ จุดที่กำหนดไว้<br>สำหรับจอดรถของผู้ป่วย<br>ฉุกเฉินสามารถมาจอดเพื่อ<br>รับส่งผู้ป่วยได้สะดวกและใกล้<br>กับจุดที่กำหนดไว้สำหรับ<br>ให้บริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน        |
|  | 1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับ<br>จอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน       | (1)            |                 |   |  |
|  | - มี   | 1              |                 |   |  |
|  | - ไม่มี  | 0              |                 |   |  |
|  | 1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับจอด<br>รถ                     | (2)            |                 |   |  |
|  | ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ                                  |                |                 |   |  |
| - ไม่มี  | 0  |                |                 |   |  |
| - มีแต่ไม่เป็นไปตาม<br>มาตรฐาน                 | 1  |                |                 |   |  |
| - มีและเป็นไปตามมาตรฐาน                        | 2  |                |                 |   |  |
|  |  |                |                 |   | จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถ<br>ผู้พิการหมายถึง จุดที่จัดไว้<br>สำหรับ<br>ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และ<br>ผู้สูงอายุ ต้องเป็นพื้นที่<br>สี่เหลี่ยมผืนผ้า<br>กว้างไม่น้อยกว่า 2,400<br>มิลลิเมตร และยาวไม่น้อยกว่า |



| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน              | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|--|--|------------|-------------|-----------------------------|--|
|  |  |            |             |                             | 6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างข้างที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิเมตร   |
| 2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส | <b>2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบการดำเนินงาน 5 ส</b>                   | <b>(2)</b> |             | การสังเกตและสัมภาษณ์        |  |
|  | - ไม่มีการแบ่งพื้นที่และไม่มี การกำหนดผู้รับผิดชอบ                   | 0          |             |                             |  |
|  | - มีการแบ่งพื้นที่ และ กำหนดผู้รับผิดชอบ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ | 1          |             |                             |  |
|  | - มีการแบ่งพื้นที่และกำหนดผู้รับผิดชอบได้ครอบคลุมทุกพื้นที่          | 2          |             |                             |  |
|  | <b>2.2 โต๊ะทำงาน</b>   | <b>(3)</b> |             | การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม | ป้าย 5 ส ตะขวง หมายถึง ป้ายอธิบายถึงลักษณะของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญเพิ่มหนังสือ ป้ายอุปกรณ์สำนักงานเป็นต้น ถึงขยะ หมายถึง ถึงขยะทั่วไปที่ใส่ขยะแห้งเท่านั้น ไม่ได้ประเมินรวมกับ ถึงขยะติดเชื้อที่ต้องประเมินตามมาตรฐาน IC |
|  | - สะอาดและปราศจากคราบสกปรก   | 1          |             |                             |  |
|  | - ป้ายชื่อระบุชื่อ สกุล ตำแหน่ง มีลักษณะเดียวกันทุกโต๊ะภายในห้องนั้น | 1          |             |                             |  |
|  | - ไม่มีสิ่งของรกใต้โต๊ะทำงาน   | 1          |             |                             |  |
|  | <b>2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/ เครื่องพิมพ์</b>                             | <b>(4)</b> |             |                             |  |
|  | - สะอาด ปราศจากคราบสกปรก   | 1          |             |                             |  |
| - เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออกจากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่            | 1  |            |             |                             |  |



| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|--|---|------------|-------------|----------------|------------------|
| 2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน)<br>การดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส  | ใช้ประกอบการทำงานให้เรียบร้อย (ไม่มีเอกสารวางทิ้งไว้บนโต๊ะหลังเสร็จงาน)   |            |             |                |                  |
|  | - สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ต้องเก็บให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ   | 1          |             |                |                  |
|  | - มีการแยกประเภทของกระดาษพิมพ์งาน เพื่อความสะดวก และประหยัด (มีป้าย สสะดวก)   | 1          |             |                |                  |
|  | <b>2.4 ห้องทำงาน</b>  | <b>(5)</b> |             |                |                  |
|  | - มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื่อห้องทุกห้อง  | 1          |             |                |                  |
|  | - สะอาดปราศจากคราบสกปรก   | 1          |             |                |                  |
|  | - จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและมีป้ายบอกชัดเจน  | 1          |             |                |                  |
|  | - ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและมีถุงพลาสติกรองรับ วางไว้ในที่เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอกต้องสะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมาจนถึง | 1          |             |                |                  |
| - อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่งของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่องเย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกา | 1   |            |             |                |                  |





| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน                    | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|--|---|------------|-------------|-----------------------------------|------------------|
| 2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร<br>(รวม 22 คะแนน)<br>การดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส | เขียนแผ่นใส คัดเตอร์เป็นต้น ทำป้าย 5 ส สะดวก ให้ครอบคลุม และชัดเจน  |            |             |                                   |                  |
|  | <b>2.5 ผู้เก็บเอกสาร</b>  | <b>(3)</b> |             | การสังเกต/<br>สัมภาษณ์/<br>สอบถาม |                  |
|  | - มีป้าย 5 ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจนเป็นระเบียบ สวยงามทุกตู้  | 1          |             |                                   |                  |
|  | - ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูงเกินมือเอื้อมถึง   | 1          |             |                                   |                  |
|  | - ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหยากไย่   | 1          |             |                                   |                  |
|  | <b>2.6 การเก็บเอกสาร</b>  | <b>(2)</b> |             |                                   |                  |
|  | - เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้องเป็นเอกสารปัจจุบัน หรือหากมีเอกสารย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็นเอกสารที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีไหนถึงปีไหน | 1          |             |                                   |                  |
|  | - มีป้าย 5 ส สะดวกให้ครอบคลุมและชัดเจนเหมือนกันทุกแฟ้มจัดเก็บเป็นระเบียบ สวยงาม   | 1          |             |                                   |                  |
|  | <b>2.7 โทรศัพท์</b>   | <b>(2)</b> |             | การสังเกต/<br>สัมภาษณ์/<br>สอบถาม |                  |
|  | - มีหมายเลขโทรศัพท์ภายใน และภายนอกเพื่อความสะดวกในการติดต่อ   | 1          |             |                                   |                  |
| - ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่นละอองและหยากไย่                                     | 1   |            |             |                                   |                  |



| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน  | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|--|--|-----------|-------------|---|--|
|  | <b>2.8 นาฬิกา</b>  | (1)       |             | การสังเกต/<br>สอบถาม  | ไม่เดิน/ไม่ตรงเวลา + 5 นาที<br>หัก 1 คะแนน   |
|  | - นาฬิกา   | 1         |             |   |  |
| 3. ห้องส้วม<br>(รวม 6 คะแนน)                                     | <b>3.1 ห้องส้วมทั่วไป</b>  | (3)       |             | การสังเกต   | สะอาด หมายถึง ไม่มีฝุ่น หรือ<br>หยากไย่ ไม่มีคราบสกปรก ให้<br>สังเกตบริเวณชอกมุม คอห่าน<br>ภายใน ภายนอกโถส้วม และ<br>โถปัสสาวะด้วยห้องส้วมและ<br>สุขภัณฑ์มีสภาพดี<br>-พื้นห้องส้วมและบริเวณล้าง<br>มือต้องแห้ง หากพบว่า<br>บางครั้งพื้นภายในห้องส้วมไม่<br>แห้ง แต่ถ้าพื้นไม่ลื่นและไม่มี<br>น้ำขังถือว่าควรผ่านการ<br>ประเมินทั้งนี้ให้ขึ้นกับดุลพินิจ<br>ของผู้ประเมิน<br><br>ไม่มีกลิ่นเหม็น หมายถึง ไม่มี<br>กลิ่นของอุจจาระและปัสสาวะ<br>และต้องไม่มีกลิ่นเหม็นขณะ<br>ราดน้ำหรือกดชักโครก |
|  | สะอาดพื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น<br>สะดวกในการใช้บริการ                        | 0         |             |   |  |
|  | - ไม่สะอาด   | 0         |             |   |  |
|  | - สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น   | 1         |             |   |  |
|  | - สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสง<br>สว่างเพียงพอ การระบายอากาศ<br>ดี               | 2         |             |   |  |
|  | - สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น<br>แสงสว่างเพียงพอ การระบาย<br>อากาศดีและไม่มีการลื่น | 3         |             |   |  |
| <b>3.2 มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ<br/>หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ</b> | (3)  |           | การสังเกต   | มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ<br>หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ<br>ต้องมีองค์ประกอบครบ 5 ชั้น<br>ดังนี้<br>1. โถส้วมนั่งราบแบบชัก<br>โครก<br>2. ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90<br>เซนติเมตร |  |
| - ไม่มี  | 0  |           |             |   |  |
| - มี/ไม่สะอาด  | 1  |           |             |   |  |
| - มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น<br>ไม่มีกลิ่น                        | 2  |           |             |   |  |
| - มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น<br>ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ    | 3  |           |             |   |  |



| เกณฑ์                       | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน          | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-----------------------------|---|-----------|-------------|-------------------------|---|
|                             |   |           |             |                         | 3. มีอ่างล้างมือ<br>4. มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วมผู้พิการ<br>5. มีราวเหล็กจับพยุงตัว |
| 4. บริการ<br>(รวม 12 คะแนน) | 4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจตามลำดับก่อน-หลังหรือตามความรุนแรงของโรค   | (3)       |             | การสังเกตและการสัมภาษณ์ | มีเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการออกบัตรคิว   |
|                             | - ไม่มี   | 0         |             |                         |   |
|                             | - มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน   | 1         |             |                         |   |
|                             | - มีระบบคิวชัดเจนแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง   | 2         |             |                         |   |
|                             | - มีระบบคิวชัดเจน มีการดำเนินการต่อเนื่อง และมีการแจ้งให้ผู้รับบริการให้ทราบ  | 3         |             |                         |   |
|                             | 4.2 มีตารางการให้บริการในสถานบริการ   | (3)       |             | การสังเกต               |   |
|                             | - ไม่มี   | 0         |             |                         |   |
|                             | - มี แต่ไม่มีการติดป้ายแสดงให้เห็นชัดเจน  | 1         |             |                         |   |
|                             | - มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป่วย/นอกเวลาราชการ   | 2         |             |                         |   |
|                             | - มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป่วย/นอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ | 3         |             |                         |   |





| เกณฑ์                       | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน          | คำชี้แจง/คำนิยาม   |  |  |
|-----------------------------|--|-----------|-------------|-------------------------|--|--|--|
| 4. บริการ<br>(รวม 12 คะแนน) | 4.3 จัดให้มีทีวี วิทยุทัศน์ และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง   | (3)       |             | การสังเกตและการสัมภาษณ์ | ความปลอดภัย หมายถึงอุปกรณ์ทำน้ำร้อน น้ำเย็น ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ไฟรั่ว เป็นต้น<br>ภาชนะใส่น้ำดื่ม ถูกหลักสุขาภิบาลพร้อมใช้ |  |  |
|                             | - ไม่มี  | 0         |             |                         |  |  |  |
|                             | - มีแต่ไม่มีการเผยแพร่   | 1         |             |                         |  |  |  |
|                             | - มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ  | 2         |             |                         |  |  |  |
|                             | - มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP/OTOP | 3         |             |                         |  |  |  |
|                             | 4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องดื่มสมุนไพร ในช่วงเวลาเปิดให้บริการ                       | (3)       |             |                         |  |  |  |
|                             | - ไม่มี  | 0         |             |                         |  |  |  |
|                             | - มีเฉพาะน้ำเย็น   | 1         |             |                         |  |  |  |
|                             | - มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น  | 2         |             |                         |  |  |  |
|                             | - มีน้ำร้อน น้ำเย็น และเครื่องดื่มสมุนไพรเพิ่มเติม และมีความปลอดภัย                                | 3         |             |                         |  |  |  |
|                             | รวมคะแนน   |           |             |                         |  |  |  |



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

## 1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

## 1.3.3.1 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

| เกณฑ์   | รายการตรวจประเมิน   | คะแนน<br>นเต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | วิธีการประเมิน/<br>แนวทางพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|---|---|----------------|-----------------|--|--|
| 1.การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร (รวม 4 คะแนน) | 1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ   | (2)            |                 | พิจารณาจาก CUP จัดระบบ สนับสนุนให้ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ เครือข่ายมีการ จัดระบบการ ป้องกันและ ควบคุมการติด เชื้อ               | *กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้รพ.สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้<br>* กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบในรพ.สต. อนุโลมให้เป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาล โดยขอให้มี คำสั่งแต่งตั้งว่าเป็น ผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนนถ้า ไม่มีให้ 0 |
|   | 1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต.   | 1              |                 |  | -หลักฐานมืออย่างใดอย่างหนึ่ง ก็ได้เช่นหนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เนื้อหาในการอบรม   |
|   | 1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (อย่างน้อย 1 วัน)  | 0.6            |                 |  | -คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม  |
|   | 1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับการอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรใน รพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึดตามปีปฏิทิน) | 0.4            |                 | <b>แผนครอบคลุมด้าน</b><br><b>สิ่งแวดล้อม</b> หมายถึงแผนในการดำเนินงานควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ. สต.และในชุมชนที่ รับผิดชอบ |  |



| เกณฑ์                              | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน/<br>แนวทางพิจารณา  | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|------------------------------------|---|-----------|-------------|---|--|
|                                    | 1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ   | (2)       |             | คู่มือแนวทางคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและคู่มือการกำกับติดตามการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ตามบริบทของพื้นที่ | -คู่มือจัดทำในรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภาพรวมของCUP นั้นๆและจัดทำภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน<br>-การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การจัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตามการติดเชื้อ หรือเรื่องที่สอดคล้องกับ ODOP/OTOP |
|                                    | 1.2.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน                 | 1         |             |   | คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี  |
|                                    | 1.2.2 มีข้อ 1.3.1 และสุ่มสอบถามเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือได้อย่างถูกต้อง | 1         |             |   |  |
| 2.การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน) | 2.1ระบบการเฝ้าระวัง   | (1.5)     |             | - สอบถามและ   | <b>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง</b> การกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP/OTOP และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามบริบทของ รพ.สต.นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อทั้งในรพ.สต.และในชุมชน  |
|                                    | 2.1.1มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ   | 0.5       |             | ตรวจดูรายงานการเฝ้าระวังและ   |  |
|                                    | 2.1.2 มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ                               | 1         |             | แนวทางการแก้ไขปัญหาเป็น   |  |
|                                    | 2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี  | (1.5)     |             | ลายลักษณ์อักษร  |  |
|                                    | 2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี แต่ไม่ครบ 100%   | 0.5       |             | ไม่เน้นรูปแบบการบันทึกแต่สามารถตอบการ   |  |







| เกณฑ์  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน  | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|--|-----------|-------------|---|---|
| <b>2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</b>   | 1         |             | ประเมินจากรอบปีปฏิทินมีทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีน  | การฉีดวัคซีนที่จำเป็น หมายถึงการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่และวัคซีนที่ป้องกันกันโรคระบาดตามการระบาดของแต่ละพื้นที่   |
| 2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 80 ขึ้นไป   | 0         |             |   |   |
| 2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงน้อยกว่าร้อยละ 80  | 1         |             | ไข้วัดใหญ่และรายงานการฉีดวัคซีนตามการระบาดของโรคในพื้นที่(ให้กระตุ้นตามความเหมาะสมเช่น คอติบ) หรือ<br>- การสอบถามเจ้าหน้าที่ หรือ<br>- สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี |   |
| <b>2.4 แนวทางการปฏิบัติ</b>  | 2         |             | คูโปสเตอร์/ป้ายแนวทางปฏิบัติ  | แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มที่แทง เช่น ไข้วัดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูกหรือ |
| 2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ในพื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน | 0.5       |             | - สุ่มถามบุคลากร 1 คน<br>- ขอคูรายงานการเกิดอุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุไม่  |   |
| 2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง   | 0.5       |             | เน้นรูปแบบเอาตามแนวทางที่ CUPกำหนด  |   |
| 2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ   | 1         |             |   |   |



| เกณฑ์ |  | คะแนน<br>เต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | วิธีการประเมิน   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-------|--|---------------|-----------------|--|---|
|       |  |               |                 | - กรณีที่ไม่ได้รับ<br>อุบัติเหตุ                                   | ผิวหนังสัมผัสเลือดหรือ<br>สารคัดหลั่ง เป็นต้น   |
|       | <b>2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการ<br/>ทำความสะอาดมือ</b>  | <b>(1)</b>    |                 | สังเกตป้ายแสดง<br>ขั้นตอนการล้าง                                   | การทำความสะอาดมือ<br>หมายถึง  |
|       | 2.5.1 มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์<br>แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ<br>และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่<br>กระดาษ/ผ้าเช็ดมือเพียงพอพร้อมใช้ | <b>0.5</b>    |                 | มีสื่อบุคลากร 1<br>คน ตอบคำถาม<br>และสาธิตการ<br>ล้างมือได้ถูกต้อง | การขจัดเชื้อให้ทั่วมือ รวมทั้งช่อง<br>लयนิ้วมือด้วยสบู่หรือสารเคมี<br>และน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด<br>เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ<br>สูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการ<br>ควบคุมโรคติดเชื้อ การล้างมือ<br>อย่างถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ด<br>มือที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลด<br>การติดเชื้อในได้ การล้างมือ<br>อย่างถูกต้องเหมาะสมจะ<br>สามารถลดการติดเชื้อใน<br>โรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50<br>ดังนั้นพยาบาลและบุคลากร<br>ทางด้านสุขภาพ จึงควรมี<br>ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ<br>ล้างมืออย่างถูกวิธี มีความ<br>ตระหนัก และเห็นความสำคัญ<br>ของการล้างมือรวมทั้งมี<br>พฤติกรรมล้างมืออย่าง<br>ถูกต้องและเหมาะสมจะ<br>สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อ<br>และแพร่กระจายเชื้อ |
|       | 2.5.2 มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความสะอาด<br>มือได้ถูกต้อง   | <b>0.5</b>    |                 | ไม่แน่ใจว่าเป็น<br>พยาบาล  |   |
|       | <b>2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b>   | <b>(2)</b>    |                 | - สังเกตภาพหรือ  | อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล   |
|       | 2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์  | <b>1</b>      |                 | ป้ายแสดงขั้นตอน  | หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวม   |



| เกณฑ์ |  | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน  | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-------|--|------------|-------------|---|---|
|       | ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ตามบริบทของพื้นที่   |            |             | การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล   | ลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมี   |
|       | 2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม  | 1          |             | - สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิตและตอบคำถามการใช้ PPE  | วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน                                   |
|       | <b>2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต</b>  | <b>(2)</b> |             | - สุ่มถาม   | การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต  |
|       | 2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ                    | 0.5        |             | - ตรวจสอบสถานที่จริง  | หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. เช่น ผู้ป่วย |
|       | 2.7.2 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.       | 0.5        |             | - ป้ายสื่อสารการปฏิบัติกรณีโรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่เช่น วัณโรค, ไข้หวัดนก คอติบ เป็นต้น | ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น   |
|       | 2.7.3 มีข้อ 2.7.1 และ 2.7.2 และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง | 1          |             |   |   |



| เกณฑ์ |  | คะแนน<br>เต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | วิธีการประเมิน   | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|--|---------------|-----------------|--|--|
|       | <b>2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ</b>  | <b>(2)</b>    |                 | พิจารณาจากอุปกรณ์ และเครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อพร้อมใช้งาน                          | การควบคุมคุณภาพทางด้านชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test   |
|       | 2.8.1 บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และการควบคุมคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 ด้าน           | 1             |                 |  |  |
|       | 2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง   | 0.20          |                 |  |  |
|       | 2.8.3 มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ในการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่ set พื้นฐาน เช่น set suture, set คลอด, set I&D | 0.20          |                 |  |  |
|       | 2.8.4 มี ข้อ 2.8.3 และมีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ(อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน)   | 0.20          |                 |  |  |
|       | 2.8.5 มี ข้อ 2.8.4 และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง  | 0.20          |                 | สังเกต/สัมภาษณ์ /สอบถามกรณีห่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อชำรุด หรือ ไม่พร้อมใช้ตัด 0.2 คะแนน | <b>การทำให้ปราศจากเชื้อ</b> หมายถึงกระบวนการในการทำลายหรือขจัดเชื้อจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น |
|       | 2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ  | 0.20          |                 |  |  |





| เกณฑ์  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|--|-----------|-------------|--|---|
|  |           |             |  | เครื่องมือผ่าตัด<br>เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้<br>ฉีดเข้าเส้น อุปกรณ์ที่ใช้ใน<br>การวินิจฉัยโรค<br>ซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของ<br>ร่างกายในระบบทางเดิน<br>ปัสสาวะหรือช่องท้องจะต้อง<br>ได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ  |
| <b>2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</b>   | (2)       |             | คู่มือมูลฝอยในถัง<br>มูลฝอยติดเชื้อ<br>-สอบถาม/<br>สังเกต เช่นกรณี<br>ไม่มีรถขนมูล<br>ฝอยติดเชื้อ<br>โดยเฉพาะแต่<br>ต้องใช้รถคัน<br>เดียวกันขน<br>มูลฝอยทั่วไป | “มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่า<br>มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปน<br>อยู่ อยู่ในปริมาณหรือมีความเข<br>มข ๕ นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือ<br>ใกล้ ๕ ชิดกับมูลฝอยนั้นแล ๕<br>สามารถทำให ๕ เกิดโรคได้ ๕ ก<br>มูลฝอยดังกล่าว ๕ ือไปนี้ที่เกิ<br>ขึ้นหรือไซ ๕ ในกระบวนการตรวจ<br>วินิจฉัยทางการแพทย์ ๕ และ<br>การรักษาพยาบาล การให้ ๕ ภู<br>คุ ๕ มกันโรคและการทดลอง<br>เกี่ยวกับโรค และการตรวจ<br>ชั้นสูตรศพหรือซากสัตว์ ๕<br>รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่อง<br>ดังกล่าว |
| 2.9.1 บุคลากรทราบแนวทางการ<br>จัดการ มูลฝอยติดเชื้อ ในรพ.สต.   | 1         |             |  |   |
| 2.9.2 การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อใน<br>พื้นที่/ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถ<br>ป้องกันสัตว์แมลงก๊วยเขี่ยได้   | 0.25      |             |  |   |
| 2.9.3 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วย<br>ที่นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแล<br>ถูกต้อง   | 0.25      |             |  |   |
| 2.9.4 การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไป<br>ทำลายนอก รพ.สต. โดยรถขนย้ายมูล<br>ฝอยติดเชื้อเท่านั้น<br>*กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งมูลฝอยติด<br>เชื้อ โดยเฉพาะขั้นต่ำ ต้องมีกล่อง<br>หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อกฝาได้ ใช้<br>ส่งมูลฝอยติดเชื้อ | 0.25      |             |  |   |
| 2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย<br>760 องศาเซลเซียสหรือนำส่งให้หน่วยงาน/<br>ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้<br>มาตรฐาน  | 0.25      |             |  |   |



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

## 1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

## 1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

| ส่วนที่ : 1 ข้อมูลทั่วไป  |  |
|---|--|
| 1. ชื่อหน่วยบริการ  | 6. ประเภทหน่วยงาน<br>( ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)<br>ขนาด รพ.สต. ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่<br>( )รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ<br>ขนาด รพ.สต. ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่<br>( )ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ.<br>( ) รพศ. (ระบุชื่อ รพ.).....<br>( ) รพท. (ระบุชื่อ รพ.).....<br>( ) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)<br>( ) ศูนย์บริการสาธารณสุข<br>( )สถานบริการสาธารณสุขชุมชน<br>( ) อื่นๆ (ระบุ) ..... |
| 2. ที่อยู่  |  |
| 3. เขตสุขภาพที่.....  |  |
| 4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)  |  |
| 5. สังกัด<br>( ) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.)<br>( ) กรม (ระบุ) ..... |  |
| ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....  |  |
| 7. อัตรากำลังของบุคลากร   | 8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้   |
| 7.1 ข้าราชการจำนวน ..... คน   | 8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ..... คน   |
| 7.2 พนักงานราชการ จำนวน ..... คน  | 8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน .....คน  |
| 7.3 ลูกจ้างประจำ จำนวน ..... คน   | 8.3 พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน.....คน  |
| 7.4 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ..... คน  | 8.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.... คน   |
| 7.5 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....คน  | 8.5 ทันตภิบาล จำนวน .....คน  |
| 7.6 อื่นๆ (ระบุ).....จำนวน ..... คน   | 8.6 นักแพทย์แผนไทย จำนวน .....คน   |
| รวมทั้งหมด ..... คน   | 8.7 อื่นๆ เช่น นักจัดการทั่วไป,ลูกจ้าง ฯลฯจำนวน..... คน  |
|   | รวมทั้งหมด ..... คน  |



## ส่วนที่ 2 : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ

งานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- |  |        |           |
|--|--------|-----------|
| 1. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว        | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| 2. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ        | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| 3. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)    | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| 4. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| 5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab                     | ( ) มี | ( ) ไม่มี |

## ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนนตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ

| ข้อที่              | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ   | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)                 |                             |                      | หลักฐาน            |
|---------------------|---|-------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|
|                     |   |             | มีครบ                        | มีบางส่วน                   | ไม่มี                |                    |
|                     |   |             | (2คะแนน)                     | (1คะแนน)                    | (0คะแนน)             |                    |
| <b>1. บุคลากร ☆</b> |   |             |                              |                             |                      |                    |
| 1                   | <p>1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในรพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม</li> </ul> | 3           | ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม | ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม | ไม่มีคนได้รับการอบรม | หลักฐานการอบรม/สอน |



| ข้อที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงาน<br>บริการ   | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)                  |           |          | หลักฐาน             |
|--------|---|-------------|-------------------------------|-----------|----------|---------------------|
|        |   |             | มีครบ                         | มีบางส่วน | ไม่มี    |                     |
|        |   |             | (2คะแนน)                      | (1คะแนน)  | (0คะแนน) |                     |
|        | <p>1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ในรพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยงโดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน</li> </ul> |             |                               |           |          |                     |
| 2      | <p>1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน</li> </ul>   | 1           | มี                            |           | ไม่มี    | มีหลักฐานระบุชัดเจน |
| 3      | <p>1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง.วิทย์ฯ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/line / face book ได้</li> </ul>   | 1           | มีพร้อมบันทึกการขอรับคำปรึกษา |           | ไม่มี    | มีหลักฐานระบุชัดเจน |





| ข้อที่  | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงาน<br>บริการ  | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)                                    |  |                                     | หลักฐาน                   |
|---|--|-------------|---|--|-------------------------------------|---------------------------|
|   |  |             | มีครบ   | มีบางส่วน                                | ไม่มี                               |                           |
|   |  |             | (2คะแนน)  | (1คะแนน)                                 | (0คะแนน)                            |                           |
| <b>2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน</b> |  |             |   |  |                                     |                           |
| 4   | 2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ</li> </ul>  | 1           | แยกเป็นสัดส่วน                                  |  | ไม่เป็นที่เป็นทาง                   | ดู,สังเกต,ถาม             |
| 5   | 2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้</li> </ul>  | 1           | Hct Cent<br>วางที่<br>มั่นคง<br>สะดวกใช้<br>งาน | มั่นคงแต่<br>มีความชื้น<br>แคดส่อง       | ไม่มั่นคง                           | ดู,สังเกต,<br>ถาม,ลองขยับ |
| <b>3. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ ☆</b>    |  |             |   |  |                                     |                           |
| <b>3.1 วัสดุ นํ้ายา</b>                       |  |             |   |  |                                     |                           |
| 6   | 3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดนํ้ายาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอคูระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง</li> </ul> | 2           | มีระบบ<br>และ<br>หลักฐาน<br>การ<br>เบิกจ่าย     | หลักฐาน<br>การ<br>เบิกจ่ายไม่<br>สมบูรณ์ | ไม่มี<br>หลักฐาน<br>การ<br>เบิกจ่าย | ดูเอกสาร<br>,สังเกต,ถาม   |



| ข้อที่              | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงาน<br>บริการ   | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)          |                  |          | หลักฐาน                 |
|---------------------|---|-------------|-----------------------|------------------|----------|-------------------------|
|                     |   |             | มีครบ                 | มีบางส่วน        | ไม่มี    |                         |
|                     |   |             | (2คะแนน)              | (1คะแนน)         | (0คะแนน) |                         |
| 7                   | 3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วัน<br>หมดอายุของน้ำยาและ<br>ตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการ<br>ทดสอบ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>มีการระบุวันเปิดใช้<br/>และวันหมดอายุตามเอกสาร<br/>กำกับน้ำยา</li> </ul>   | 1           | มีระบุ ไม่<br>หมดอายุ | มีไม่ทุก<br>ชิ้น | ไม่มี    | ดู,สังเกต,<br>ถาม       |
| 3.2 เครื่องมือทดสอบ |   |             |                       |                  |          |                         |
| 8                   | 3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนประวัติ<br/>เครื่องมือให้มีรายละเอียดที่<br/>สำคัญเช่น ชื่อ เครื่องมือ<br/>หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท<br/>จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น<br/>Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์<br/>กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่<br/>เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน</li> </ul> | 1           | มี                    | มีไม่<br>สมบูรณ์ | ไม่มี    | ดูเอกสาร<br>,สังเกต,ถาม |
| 9                   | 3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและ<br>บำรุงรักษา<br><ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถใช้แผนสอบ<br/>เทียบรวมของ CUP หรือ รพ.<br/>สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะ<br/>ของ รพ.สต. เองก็ได้ต้อง รวม<br/>นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมี<br/>วัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บใน<br/>ตู้เย็นให้มีการสอบเทียบ<br/>เทอร์โมมิเตอร์ด้วย</li> </ul>          | 1           | มี                    | มีไม่<br>สมบูรณ์ | ไม่มี    | ดูเอกสาร<br>,สังเกต,ถาม |



| ข้อที่   | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ   | น้ำหนัก (ก)                    | ค่าคะแนน (ข)  |                  |   | หลักฐาน                |
|--|---|--------------------------------|---------------|------------------|---|------------------------|
|  |   |                                | มีครบ         | มีบางส่วน        | ไม่มี   |                        |
|  |   |                                | (2คะแนน)      | (1คะแนน)         | (0คะแนน)  |                        |
| 10   | <p>3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ</li> <li>เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ</li> </ul> | 3                              | มีครบ         | มีแต่ไม่สมบูรณ์  | ไม่มี   | คู่มือสาร, สังเกต, ถาม |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งานสามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง</li> <li>มีการใช้นาฬิกาจับเวลาหรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที)</li> </ul> | 3   | มีและสอบเทียบ<br>มีหลักฐานแสดง | มีไม่สอบเทียบ | ไม่มีหลักฐานแสดง | หีบคูทดสอบ สังเกต, ถาม คู่มือสารหรือ sticker แสดง |                        |



| ข้อที่   | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงาน<br>บริการ   | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)                  |           |  | หลักฐาน             |
|--|---|-------------|-------------------------------|-----------|--|---------------------|
|  |   |             | มีครบ                         | มีบางส่วน | ไม่มี  |                     |
|  |   |             | (2คะแนน)                      | (1คะแนน)  | (0คะแนน)   |                     |
| 3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว     |   |             |                               |           |  |                     |
| 11   | 3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ  | 1           | มีและ ไม่หมดอายุ              | มี ปนกัน  | ไม่มีหรือ มีแต่ หมดอายุ                          | หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม |
| 12   | 3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน   | 1           | มีอย่างน้อย 1 อัน             |           | ไม่มี  | หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม |
| 3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ     |   |             |                               |           |  |                     |
| 13   | 3.4.1 มีแถบวัดSugar,Proteinในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา   | 1           | มีและ ไม่หมดอายุ              | มี ปนกัน  | ไม่มีหรือ หมดอายุ                                | หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม |
| 3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ) |   |             |                               |           |  |                     |
| 14   | 3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา  | 1           | มีและ ไม่หมดอายุ              | มี ปนกัน  | ไม่มีหรือ มีแต่ หมดอายุ                          | หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม |
| 15   | 3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว)<br>• ภาชนะใส่ปัสสาวะสามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่ห้คะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบใบ | 1           | มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง |           | ไม่มีหรือ มี ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง | หยิบดู ถาม          |





| ข้อที่   | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ   | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (จ)                                   |   |                            | หลักฐาน                |
|--|---|-------------|--|---|----------------------------|------------------------|
|  |   |             | มีครบ  | มีบางส่วน   | ไม่มี                      |                        |
|  |   |             | (2คะแนน)                                       | (1คะแนน)  | (0คะแนน)                   |                        |
| 3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) |   |             |  |   |                            |                        |
| 16   | 3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ   | 1           | มีใช้งานได้ดี                                  |   | ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์   | หีบคู غام              |
| 17   | 3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/ฟิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้ฟิวส์ให้มีฟิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง <ul style="list-style-type: none"> <li>• เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีฟิวส์ ให้มีฟิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้ฟิวส์สำรองแปรงถ่าน</li> </ul> | 1           | มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง | มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง | ไม่มีการตรวจสอบ            | คูเอกสาร, สังกะสี, غام |
| 18   | 3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> <li>• capillary tube สำหรับใช้ตรวจ Hct ต้องไม่หมดอายุ กรณีมีแต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน)</li> </ul>  | 1           | มีและไม่หมดอายุ                                | -   | ไม่มี                      | หีบคู غام              |
| 19   | 3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ปั้นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สารិการใช้งานได้จริง</li> </ul>  | 1           | มี ลักษณะใช้งานได้ดี                           |   | ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้ | หีบคู غام              |



| ข้อที่                        | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ  | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (จ)                            |                              |  | หลักฐาน                                   |
|-------------------------------|--|-------------|---|------------------------------|--|---|
|                               |  |             | มีครบ                                   | มีบางส่วน                    | ไม่มี                                      |   |
|                               |  |             | (2คะแนน)                                | (1คะแนน)                     | (0คะแนน)                                   |   |
| 20                            | 3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด   | 1           | มีเป็นlancet หรือเข็ม เฉพาะเจาะปลายนิ้ว |                              | ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว      | หยาบดู ถาม                                |
| 21                            | 3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา  | 1           | มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง       | มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ          | ไม่มี                                      | ดู เอกสาร หรือsticker สอบเทียบ สังเกต ถาม |
| <b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ</b> |  |             |   |                              |  |   |
| 22                            | 4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่างเวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้คู่มือของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้</li> </ul> | 2           | มีคู่มือ                                |                              | ไม่มี                                      | ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม                      |
| 23                            | 4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจ โดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ</li> </ul> | 1           | มีรายละเอียดครบ                         | มีแต่ไม่มีรายละเอียดที่สำคัญ | ไม่มีหรือมีแต่ไม่มีรายละเอียดครบตามที่ระบุ | หยาบดู ถาม                                |



| ข้อที่                             | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ  | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (จ)                 |                       |   | หลักฐาน            |
|------------------------------------|--|-------------|------------------------------|-----------------------|---|--------------------|
|                                    |  |             | มีครบ                        | มีบางส่วน             | ไม่มี   |                    |
|                                    |  |             | (2คะแนน)                     | (1คะแนน)              | (0คะแนน)                                      |                    |
|                                    | รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สั่งเอง ตรวจสอบไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ  |             |                              |                       |   |                    |
| <b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)</b> |  |             |                              |                       |   |                    |
| 24                                 | 4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น  | 1           | มีและแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว |                       | ไม่มีหรือมีแต่ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียว | หยาบดู ถาม         |
| 25                                 | 4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณีส่งต่อให้ รพ.ที่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่ง วันที่ โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น</li> </ul> | 1           | มีรายละเอียดครบ              | มีแต่รายละเอียดไม่ครบ | ไม่มี   | หยาบดู ถาม         |
| <b>5. ขั้นตอนการทดสอบ ☆</b>        |  |             |                              |                       |   |                    |
| 26                                 | 5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>• คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บสิ่งส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว</li> </ul>   | 2           | มีครบทุกการทดสอบ             | มีแต่ไม่ครบ           | ไม่มี   | หยาบดู ตรวจสอบ ถาม |



| ข้อที่                              | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ  | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (จ)                         |  |   | หลักฐาน                               |
|-------------------------------------|--|-------------|--------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
|                                     |  |             | มีครบ                                | มีบางส่วน  | ไม่มี                                     |                                       |
|                                     |  |             | (2คะแนน)                             | (1คะแนน)   | (0คะแนน)                                  |                                       |
|                                     | CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้<br>โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ<br>ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุด<br>ตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ  |             |                                      |  |   |                                       |
| 27                                  | 5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจวิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้สาธิต</li> </ul>   | 2           | ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้อง             |  | ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง | ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอนสังเกต,ถาม |
| <b>6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆</b> |  |             |                                      |  |   |                                       |
| 28                                  | 6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input &amp; process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC</li> </ul> | 3           | ทำIQCทุกการทดสอบความถี่เดือนละ1ครั้ง | ทำไม่ครบหรือครบทุกการทดสอบแต่หรือความถี่ไม่ได้ตามกำหนด | ไม่มีการทำIQCเลย                          | ดู ,สังเกต,ถามดูหลักฐาน               |





| ข้อที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ  | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)                        |                          |                   | หลักฐาน                |
|--------|--|-------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------|
|        |  |             | มีครบ                               | มีบางส่วน                | ไม่มี             |                        |
|        |  |             | (2คะแนน)                            | (1คะแนน)                 | (0คะแนน)          |                        |
| 29     | 6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพ โดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือ เปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ</li> </ul> | 2           | ทำEQA หรือLab comparisonทุกการทดสอบ | มีแต่ทำไม่ครบทุกการทดสอบ | ไม่มีการทำเลย     | ดู,สังเกต,ถามคูหลักฐาน |
| 30     | 6.3กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ</li> </ul>                                       | 1           | มีการหาสาเหตุแก้ไขและป้องกัน        | มีแต่ไม่สมบูรณ์          | ไม่มีการดำเนินการ | ขอคูบันทึกการดำเนินการ |



| ข้อที่                                      | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ   | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)                                  |                 |                             | หลักฐาน                          |
|---|---|-------------|---|-----------------|-----------------------------|----------------------------------|
|   |   |             | มีครบ   | มีบางส่วน       | ไม่มี                       |                                  |
|   |   |             | (2คะแนน)                                      | (1คะแนน)        | (0คะแนน)                    |                                  |
| <b>7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย</b> |   |             |   |                 |                             |                                  |
| 31  | ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง   |             |   |                 |                             |                                  |
|   | 7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการมีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค  | 1           | มีการทำลายตัวอย่างถูกต้องมีการใช้             |                 | ไม่มีแนวทางหรือทำไม่ถูกต้อง | ถามให้อธิบายสังเกตหลักฐานแวดล้อม |
|   | 7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มที่มตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น  | 1           | มีคู่มือหรือ WI                               |                 | ไม่มี                       | ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง     |
| <b>8. การรายงานผลการทดสอบ</b>               |   |             |   |                 |                             |                                  |
| 32  | 8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบจัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำกรทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> <li>มี work sheet การทดสอบปีสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและโปรตีนในปีสสาวะ กรณี</li> </ul> | 2           | มีทะเบียนหรือ เอกสารที่ตรวจสอบผลหรือรายงานได้ | มีแต่ไม่สมบูรณ์ | ไม่มีหลักฐานแสดง            | ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง     |



| ข้อที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ  | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)            |                       |                 | หลักฐาน                      |
|--------|--|-------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------------------|
|        |  |             | มีครบ                   | มีบางส่วน             | ไม่มี           |                              |
|        |  |             | (2คะแนน)                | (1คะแนน)              | (0คะแนน)        |                              |
|        | ทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมาอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คนช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย |             |                         |                       |                 |                              |
| 33     | 8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วน ผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผล และลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมา กรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้</li> </ul>   | 2           | ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน | มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน | ไม่มีใบรายงานผล | ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง |



| ข้อที่                          | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ  | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข)                   |   |                     | หลักฐาน                      |
|---------------------------------|--|-------------|--------------------------------|---|---------------------|------------------------------|
|                                 |  |             | มีครบ                          | มีบางส่วน                                   | ไม่มี               |                              |
|                                 |  |             | (2คะแนน)                       | (1คะแนน)                                    | (0คะแนน)            |                              |
| 34                              | 8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> <li>เก็บสำเนาผลการตรวจอย่างน้อย 5 ปี</li> </ul> | 1           | มีสำเนารายงานผล                |   | ไม่มี               | ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง |
| 35                              | 8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งสิ่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย  | 2           | มีทะเบียนการส่งต่อและผลการตรวจ | ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ครบถ้วน | ไม่มีและค้นหาไม่ได้ | ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง |
| รวม                             |  |             |                                |   |                     |                              |
| ผลรวมคะแนน                      |  |             |                                |   |                     |                              |
| สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล |  |             |                                |   |                     |                              |
| คะแนนเต็ม                       |  |             |                                |   |                     |                              |
| คะแนนที่ได้                     |  |             |                                |   |                     |                              |
| คิดเป็นร้อยละ                   |  |             |                                |   |                     |                              |

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

1.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....2.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....3.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

วันที่ให้ข้อมูล .....





- 1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....  
วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

### หมายเหตุสำหรับผู้ประเมินและผู้เลี้ยง

1. สักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
2. แนวทางการทำ IQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ. ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
4. การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเรื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรืออาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคุมไปด้วยก็ได้
5. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (สรุป.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ได้รับการรับรองปี 2557)
6. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
  - 6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
  - 6.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
  - 6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล
  - 6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมี Ice pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ
  - 6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
  - 6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
  - 6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....  
.....  
.....



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

## 1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

## 1.3.3.3 เกณฑ์กรรม/ คู่มือของผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)  | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)   | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--|---|---|-------------|--|-------------------------|
| 1      | บุคลากร (2 คะแนน)<br><br>-มีเกณฑ์กรับผิดชอบในการพัฒนางานบริการแก่สุขภาพชุมชนอย่างน้อย 1 คน | -มีคำสั่งแต่งตั้ง และ<br><br>-มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงอย่างน้อย <u>ปีละ 4 ครั้ง</u> | -มีคำสั่งแต่งตั้ง<br><br>-มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงอย่างน้อย <u>ปีละ 2 ครั้ง</u><br>(อย่างไรอย่างหนึ่ง) | -ไม่มีคำสั่ง<br><br>แผนการปฏิบัติการ และ<br><br>ไม่มีการออก<br>ปฏิบัติงานจริง |             | -มีคำสั่งแต่งตั้ง<br><br>-มีแผนการ<br>ปฏิบัติการ<br><br>- สมุดเยี่ยม หรือผล<br>ปฏิบัติงาน หรือ<br>เอกสารอื่นๆ<br><br>- ฯลฯ |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน   | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)   | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)  | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล   | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--|--|--|-------------|---|-------------------------|
| 2      | <p><b>คลังยาและเวชภัณฑ์ (16คะแนน)</b></p> <p>2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม</p> <p>มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการสูญหาย</p> <p>(มีกุญแจ 2 ดอกโดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)</p> <p>2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกันแสงแดดและความชื้นสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</p> | <p>-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น(มีกุญแจ 2 ดอก และมีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละ 1 ดอกมาพร้อมกัน)</p> <p>-มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือนนับแต่วันตรวจ</p> <p>-ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °c ความชื้นไม่เกิน 70%)</p> <p>-คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</p> | <p>-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น(มีกุญแจ 2 ดอกโดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)</p> <p>-มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นแต่ไม่เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>นับแต่วันตรวจ</p> <p>-มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ไม่ผ่านเกณฑ์</p> | <p>-ประตุมีกุญแจล็อก 1 ชั้นหรือกรณีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ.สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มีเหล็กตัด</p> <p>-ยาถูกแสงแดด</p> <p>-ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น</p> <p>-คลังยาไม่สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</p> |             | <p>-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น</p> <p>-คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก</p> <p>-ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด</p> <p>-เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น</p> <p>-แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น (กรณี PCU รพ.ประเมินที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.)</p> |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)   | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)  | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--|--|--|-------------|--|-------------------------|
|        | 2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์บนพื้นโดยตรง  | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง<br>-มีป้ายชื่อยาทุกรายการ   | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง<br>-มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างน้อยอย่างหนึ่ง)               | -พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง<br>-ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ                   |             | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง<br>-มีป้ายชื่อยาทุกรายการ   |                         |
|        | 2.4 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุมคลังยา | -สุม stock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ<br>-มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่สอดคล้องกับ stock card | -สุม stock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ<br>-มีใบเบิกยาจากคลังยา (อย่างน้อยอย่างหนึ่ง) | -สุม stock card นับยา 10 รายการตรงน้อยกว่า 5 รายการ<br>-ไม่มีใบเบิกยาจากคลังยา |             | -สุม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ<br>-รบ.301 หรือ stock card รพ.สต. ข้อมูลจำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจาก รพ.ที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต. |                         |





| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)                                 | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)                            | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ  |
|--------|--|--|--|--|-------------|--|--|
|        | 2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ                                     | -ไม่มีขาด stock ในคลังยาหรือ จุดจ่ายยา   | -ขาด stock ไม่เกิน 2 รายการ                        | -ขาด stock เกิน 2 รายการ                         |             | - สุ่มรบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา   | - ยาปฏิชีวนะ<br>- ยาโรคเรื้อรัง (ถ้ามี)<br>- และยา Life saving drug  |
|        | 2.6 ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุทั้งในคลังยาและจุดบริการผู้ป่วย | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ และระบุวันเปิด วันหมดอายุ<br>-มีการจัดเรียงยาแบบ <u>first expired first use</u> | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ | -พบยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ |             | - สุ่มดูวันหมดอายุและลักษณะภายนอกของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (สุ่ม 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3 รายการ) | ยา multiple dose และ ยา pre-pack (ยานิด multiple dose 1 เดือน หลังเปิด น้ำเกลือล้างแผล 24 ชม. ยากระปุก และ ยา pre-pack 1 ปี) |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน   | ดี<br>(2 คะแนน) | พอใช้<br>(1 คะแนน)                   | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน) | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|-----------------|--------------------------------------|-----------------------|-------------|--|-------------------------|
| 2.7    | ตู้เย็นเก็บยา   | ครบทั้ง 7 ข้อ   | ไม่ครบทุกข้อ<br>แต่ต้องมีข้อ 1, 3, 6 | ไม่มีข้อ 1, 3, 6      |             | - ตรวจสอบจาก<br>เทอร์โมมิเตอร์ใน<br>ตู้เย็น<br>- บันทึกการวัด<br>อุณหภูมิตู้เย็นและ<br>ช่องแช่แข็ง |                         |
| 2.8    | ตู้เย็นเก็บวัคซีน<br>หัวข้อการประเมิน   |                 |                                      |                       |             |  |                         |
|        | 1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และ<br>อุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -<br>15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บ<br>วัคซีน) |                 |                                      |                       |             |  |                         |
|        | 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลัก<br>วิชาการ   |                 |                                      |                       |             |  |                         |
|        | 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็น<br>ปัจจุบัน  |                 |                                      |                       |             |  |                         |
|        | 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มี<br>สติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบ<br>เทียบและไม่หมดอายุ                              |                 |                                      |                       |             |  |                         |
|        | 5. ตู้เย็นและวัคซีนเป็นสัดส่วน<br>ไม่ปะปนกันและเป็นระเบียบ<br>เรียบร้อย   |                 |                                      |                       |             |  |                         |
|        | 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม   |                 |                                      |                       |             |  |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน   | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)  | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน) | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--|---|-----------------------|-------------|--|-------------------------|
|        | 7. ฝาตู้เย็นมีขนาดน้ำสี่หรือเต็ม<br>เกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุม<br>อุณหภูมิ  |  |   |                       |             |  |                         |
| 3      | <p>งานบริการเภสัชกรรม (10<br/>คะแนน)</p> <p>3.1 มีบัญชีรายการยาและ<br/>เวชภัณฑ์ โดยมียาช่วยชีวิตและมี<br/>คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิตได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adrenaline injection 1:1000</li> <li>2. Atropine injection 1:1000</li> <li>3. 0.5% calcium<br/>chloride/gluconate</li> <li>4. 20% dextrose หรือ 50%<br/>dextrose</li> <li>5. Furosemide injection</li> <li>6. Hydrocortisone/Dexamethasone</li> </ol> | <p>-มีบัญชีรายการยารพ.<br/>สต.เป็นเอกสาร หรือ<br/>ไฟล์ ที่จัดทำต่างหาก<br/>จากแผนจัดซื้อยา</p> <p>- ไม่มีรายการยานED<br/>หรือ มีแต่ได้รับการ<br/>อนุมัติจากผู้ตรวจ<br/>ราชการฯ หรือ อยู่<br/>ระหว่างการขออนุมัติ<br/>(แจ้ง สตจ.แล้ว)</p> <p>-มียาช่วยชีวิตในรพ.<br/>สต.และคู่มือการใช้ยา<br/>ช่วยชีวิต</p> | <p>-มีบัญชีรายการยา รพ.<br/>สต.</p> <p>-มียาช่วยชีวิตในรพ.<br/>สต.<br/>หรือมีคู่มือการใช้ยา<br/>ช่วยชีวิต<br/>(อย่างน้อยอย่างหนึ่ง)</p> | -ไม่มีทุกข้อ          |             | <p>-บัญชีรายการยา<br/>รพ.สต.และยา<br/>ช่วยชีวิต</p> <p>-คู่มือการใช้ยา<br/>ช่วยชีวิต</p> |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน   | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)  | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน) | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|---|--|---|-----------------------|-------------|--|-------------------------|
|        | 3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่<br>รับผิดชอบการจัดยา และส่งมอบ<br>ยา มีความรู้ด้านยา (โรงพยาบาล<br>มีการจัดอบรมความรู้ด้านยา<br>ให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต.<br>อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) | -มีการจัดอบรมเรื่อง<br>ยาโดยเภสัชกร<br>โรงพยาบาลอย่างน้อย<br>ปีละ 1 ครั้ง<br><br>- มีคู่มือ/สื่อการใช้ยา<br>ใน<br>รพ.สต.และคู่มือการ<br>ใช้ยาช่วยชีวิต | -มีการจัดอบรมเรื่องยา<br>โดยเภสัชกร<br>โรงพยาบาลอย่างน้อยปี<br>ละ 1 ครั้ง<br><br>- มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน<br>รพ.สต.<br><br>-มีคู่มือการใช้ยา<br>ช่วยชีวิต(อย่างใดอย่าง<br>หนึ่ง) | -ไม่มีทุกข้อ          |             | -มีแผนการอบรม<br><br>-มีหลักฐานผ่านการ<br>อบรม เช่น หนังสือ<br>เชิญอบรม<br><br>-คู่มือการใช้ยาที่<br>จำเป็น หรือสื่ออื่นๆ<br>นอกเหนือจากยา<br>ช่วยชีวิต (อาจเป็น<br>คู่มือฯ ของรพ. หรือ<br>จังหวัดก็ได้) |                         |
|        | 3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย<br>แพทย์ ระหว่าง<br>รพ.สต. และ รพ.  | - มีฐานข้อมูลผู้ป่วย<br>แพทย์<br><br>- มีการบันทึกข้อมูล<br>ผู้ป่วยแพทย์ โดยการ<br>ติดสติ๊กเกอร์ หรือ<br>วิธีการอื่นใด ใน<br>family folder             | - มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพี<br>ยา<br><br>- มีการบันทึกข้อมูล<br>ผู้ป่วยแพทย์ โดยการติด<br>สติ๊กเกอร์ หรือวิธีการ<br>อื่นใด ใน family folder<br><br>-มี <u>แนวทางหรือการ</u>           | ไม่มีทั้ง 3 ข้อ       |             | - ฐานข้อมูลผู้ป่วย<br>แพทย์ใน<br>คอมพิวเตอร์ หรือ<br>ไฟล์ข้อมูล<br><br>- family folder<br><br>- มี <u>แนวทางการส่ง<br/>ต่อผู้ป่วยกรณีแพทย์</u>   |                         |





| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)   | พอใช้<br>(1 คะแนน)   | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)                         | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล                      | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|---|--|---|-------------|--|-------------------------|
|        |  | -มีแนวทางหรือการ<br>ออกบัตรแพทย์<br>เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วย<br>ไปประเมินแพทย์ต่อที่<br>โรงพยาบาลโดยเภสัช<br>กร | ออกบัตรแพทย์เบื้องต้น<br>ให้แก่ผู้ป่วยไปประเมิน<br>แพทย์ต่อที่โรงพยาบาล<br>โดยเภสัชกร<br>(อย่างใดอย่างหนึ่ง) |   |             |  |                         |
| 3.4    | ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูล<br>ครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ<br>ชื่อผู้ป่วยวันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้<br>ข้อควรระวังในการใช้ยา, มีการ<br>ระบุวันหมดอายุในซองยาแบ่ง<br>บรรจุ (Pre-pack) | -มีข้อมูลครบถ้วน  | -มีข้อมูล แต่ไม่<br>ครบถ้วน  | - ไม่มีข้อมูล<br>รายละเอียด<br>ของยาที่ส่งมอบ |             | - ซองยา, ฉลากยา<br>- สาคิตการจ่ายยาให้<br>ดู |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)   | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)   | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--|--|-------------------------|-------------|--|-------------------------|
|        | 3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่ฉลากช่วย สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODO/OTOP   | -มีฉลากช่วยในการใช้ยา<br><br>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย                             | -มีฉลากช่วยในการใช้หรือ<br><br>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย<br><br>(อย่างใดอย่างหนึ่ง)          | ไม่มีทั้ง 2 ข้อ         |             | - ฉลากช่วยเช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก<br><br>-สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODO/OTOP |                         |
| 4      | <b>งานคุ้มครองผู้บริโภค (16คะแนน)</b><br>4.1 มีการจัดทำฐานข้อมูลร้านค้าแผงลอย, จำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.),อาหารปรุงจำหน่าย (CFGT), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด,เครื่องสำอางสำหรับผ้า ผิวขาว, ยา(ร้านขายของชำ) และสถานีวิทย์ในชุมชน ที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน | -มีการจัดทำฐานข้อมูลครบ<br><br>ทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน (ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง) | -มีการจัดทำฐานข้อมูล<br><br>- จัดทำฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง)<br><br>(อย่างใดอย่างหนึ่ง) | -ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล |             | -ทะเบียนสรุปข้อมูลคบส.ของรพ.สต.แยกหมู่บ้าน   |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)  | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน) | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล                    | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|--|---|-----------------------|-------------|--|-------------------------|
|        | <p>4.2 มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ยา และเครื่องสำอาง ในร้านค้า ตลาดสด แผงลอยในชุมชน</p> <p><u>ประเด็นการตรวจสอบฝ้าระวัง</u></p> <p>- อาหาร (ถลาก, อย., ที่ตั้ง, ผู้ผลิต, วันผลิต, วันหมดอายุ, ด้านกายภาพ,บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา)</p> <p>- ยาที่ห้ามขาย ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยานี้ด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก</p> | <p>-มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้าระวังครบทุกประเภทและเป็นปัจจุบัน</p> <p>- มีการแก้ไขปัญหาน้อย 1 ประเด็น ปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคมจัดอบรม</p> | <p>-มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้าระวังครบทุกประเภทและเป็นปัจจุบัน</p> <p>- มีการแก้ไขปัญหาน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม</p> <p>(อย่างไรอย่างหนึ่ง)</p> | ไม่มีทั้ง 2 อย่าง     |             | -สรุปผลการดำเนินงาน/<br>บันทึกการดำเนินงาน |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)                           | พอใช้<br>(1 คะแนน)                   | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)                 | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล   | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ |
|--------|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------|---|-------------------------|
|        | <p>- เครื่องสำอาง - เครื่องสำอาง<br/>ที่ห้ามจำหน่าย 34 รายการที่ อย.<br/>ห้ามจำหน่าย ไม่ต้องดู lot ถ้าพบ<br/>ยี่ห้อนั้นห้ามจำหน่าย)</p> <p>- เครื่องสำอางที่พบ สารห้าม<br/>ใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot)-<br/>ฉลากเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลาก<br/>ภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง<br/>10 หลัก</p> |   |                                      |                                       |             |   |                         |
| 4.3    | ร้านค้า ร้านอาหาร ไม่พบ<br>ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย   | - ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิด<br>กฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน | - ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิด<br>กฎหมาย 1 ร้าน | - พบผลิตภัณฑ์ผิด<br>กฎหมายทั้ง 2 ร้าน |             | - สุ่มตรวจอาหาร และ<br>ขนมตามแบบบันทึก<br>การสุ่มตรวจร้านค้า<br>แนบท้าย |                         |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)   | พอใช้<br>(1 คะแนน)  | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)   | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ                         |
|--------|--|---|---|---|-------------|--|---|
| 4.4    | ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ                                | ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อทั้ง 2 ร้าน   | ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อจำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน          | ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ไม่ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้ง 2 ร้าน |             | - ผู้จำหน่ายร้านค้ามีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร<br>(1)คูอย.<br>(2)คูวันผลิต วันหมดอายุได้<br>(3). ทราบรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้าตามข้อ 4.2 | รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้าแบบท้าย |
| 4.5    | มีการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร) ในสถานีวิฑูป้ายโฆษณา รถเเร่ | -มีการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานีวิฑูกรณีไม่มีสถานีวิฑู ให้เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเเร่ และสรุปผล/บันทึก/หลักฐานการดำเนินงานให้อำเภอทราบ | -มีการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปผล/บันทึก/ <u>หลักฐานการดำเนินงาน</u> ให้ รพ. หรือ สสอ. ทราบพบเพียงหลักฐานใน รพ. <u>สต.</u> | -ไม่มีการดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผน                    |             | -สรุปผลหรือบันทึก/ <u>หลักฐานการดำเนินงาน</u><br>- แผ่นป้ายโฆษณาในชุมชน  | สอบถามข้อมูลจากชุมชนเพื่อยืนยัน                 |





| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน  | ดี<br>(2 คะแนน)   | พอใช้<br>(1 คะแนน)  | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน)   | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ                                 |
|--------|--|---|---|---|-------------|--|---|
|        | 4.6 ร้านค้า ตลาด ที่ หรือ ทาง<br>สาธารณะไม่พบการ<br>ปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์<br>สุขภาพผิดกฎหมาย | ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณา<br>ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด<br>กฎหมาย                      | พบแผ่นป้ายโฆษณา<br>ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด<br>กฎหมาย แต่มีการแจ้ง<br>ข้อมูลให้ รพ./สตอ. หรือ<br>ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ | พบแผ่นป้าย<br>โฆษณาผลิตภัณฑ์<br>สุขภาพผิด<br>กฎหมาย แต่ ไม่มี<br>การแจ้งข้อมูลให้<br>รพ./สตอ. หรือ<br>ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน<br>ทราบ |             | - สำรองแผ่นป้าย<br>โฆษณาที่ร้านค้า<br>ตลาด ที่หรือทาง<br>สาธารณะ   |   |
|        | 4.7 มีการพัฒนาศักยภาพ<br>ผู้บริหารได้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/<br>นักเรียน อย.น้อย                     | -มีการจัดอบรมให้แก่<br>กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน<br>อย.น้อย ทั้ง 2 กลุ่ม | -มีการจัดอบรมให้แก่<br>กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน<br>อย.น้อย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง                                      | -ไม่มีการ<br>ดำเนินการ  |             | -แผนการดำเนินงาน<br>ประจำปี/สรุปผลงาน<br>หรือ<br>หลักฐานการดำเนิน<br>- สัมภาษณ์ผู้บริหาร<br>อสม. ครู นักเรียน อย.<br>น้อย(ถ้ามี) | พิจารณา<br>หลักฐานตั้งแต่<br>ตุลาคม 2559<br>ถึงปัจจุบัน |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน   | ดี<br>(2 คะแนน)  | พอใช้<br>(1 คะแนน)  | ปรับปรุง<br>(0 คะแนน) | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/<br>แหล่งข้อมูล  | หมายเหตุ/<br>ข้อเสนอแนะ   |
|--------|---|--|---|-----------------------|-------------|--|---|
|        | 4.8 อสม. ครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ | - มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. และครูนักเรียน อย.น้อย<br><br>มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกกลุ่ม | - มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. หรือ ครูนักเรียน อย.น้อย จำนวน 1 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการดำเนินการ | -ไม่มีการดำเนินการ    |             | -แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงานหรือ<br><br>หลักฐานการดำเนิน<br><br>- สัมภาษณ์ผู้บริโภคอสม. ครู นักเรียน อย.น้อย(ถ้ามี) | พิจารณา<br><u>หลักฐานตั้งแต่</u><br>ตุลาคม 2559ถึง<br><u>ปัจจุบัน</u> |



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## 1.3 ระบบงาน/ กระบวนการที่สำคัญ

## 1.3.3 ระบบสนับสนุน

## 1.3.3.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน

## ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล

| ประเด็น                                     | การประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|---|---|-----------|-------------|
| 1.1 การจัดการระบบบันทึกข้อมูล<br>(10 คะแนน) | 1.โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต.มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน<br>2.บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยสุ่มข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2559-สิ้นเดือน ก่อนการประเมิน)และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง visit ของ JHICS หรือ ตาราง visit ของ HOSXP PCU<br>- ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน<br>- ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน<br>- ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน<br>- ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน | 2<br>8    |             |
| 1.2 การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (5 คะแนน)  | 1.มีการจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้มสม่ำเสมอ<br>- ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อเดือน = 1 คะแนน<br>- ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน<br>- ส่งข้อมูลทุกวัน = 3 คะแนน<br>2.มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือข้อมูลประกอบการตรวจสอบข้อมูล  | 3<br>2    |             |





| ประเด็น                       | การประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|-------------------------------|---|-----------|-------------|
|                               | -มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = 1 คะแนน<br>-มีการตรวจและมีเอกสาร = 2 คะแนน   |           |             |
| 1.3 คุณภาพของข้อมูล (5 คะแนน) | ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-2010 (ตุลาคม 2559–ปัจจุบัน)<br>-น้อยกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน<br>-ร้อยละ 70-79 = 3 คะแนน<br>-ร้อยละ 80-89 = 4 คะแนน<br>- ร้อยละ 90-100 = 5 คะแนน<br>สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2559 – เดือนก่อนการประเมิน) | 5         |             |
| รวม                           |   | 20        |             |

## ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

| ประเด็น   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|---|-----------|-------------|
| 1.มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในรพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเรื่องแม่ข่าย<br>-น้อยกว่า 1:0.0.50 = 1 คะแนน    -1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน<br>-1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน    -1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน<br>-1:0.80 – 0.89 = 5 คะแนน | 5         |             |
| 2.มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ<br>-ไม่มี = 0 คะแนน<br>-มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 1 คะแนน<br>-มี = 3 คะแนน   | 3         |             |
| 3.มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของรพ.สต.<br>-มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน  | 5         |             |



| ประเด็น   | คะแนนเต็ม | คะแนนได้ |
|---|-----------|----------|
| -มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน<br>-มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน<br>-มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน<br>-มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5<br>คะแนน   |           |          |
| 4.มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา<br>4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)<br>-ไม่มี = 0 คะแนน -มี 1 คะแนน<br>4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสที่ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux<br>-ไม่มี = 0 คะแนน -มี 1 คะแนน<br>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย<br>-ไม่มี = 0 คะแนน -มี 1 คะแนน | 3         |          |
| 5.มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ<br>- ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ =0คะแนน<br>- มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง =2 คะแนน  | 2         |          |
| 6.มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ<br>- ไม่มีระบบ = 0 คะแนน<br>- มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล =2 คะแนน   | 2         |          |
| <b>รวม</b>  | <b>20</b> |          |



## ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน

| ประเด็น  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|--|-----------|-------------|
| <p>1. มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี)</li> <li>- กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี)</li> <li>- กลุ่มวัยรุ่น (15 – 21 ปี)</li> <li>- กลุ่มวัยทำงาน (21 – 59 ปี)</li> <li>- กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)</li> </ul> <p>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 1 – 2 กลุ่มวัย = 3 คะแนน<br/>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 3 – 5 กลุ่มวัย = 5 คะแนน</p> | 5         |             |
| <p>2. มีแผนงานโครงการที่ใส่ใจปัญหาสุขภาพตามการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนงานโครงการที่ใส่ใจปัญหาสุขภาพครอบคลุม 2 ลำดับปัญหา = 3 คะแนน</li> <li>- มีแผนงานโครงการที่ใส่ใจปัญหาสุขภาพครอบคลุม 3 - 5 ลำดับปัญหา = 5 คะแนน</li> </ul>  | 5         |             |
| <p>3. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่ใส่ใจปัญหาสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสรุปแผนงานโครงการที่ใส่ใจปัญหาสุขภาพ 2 โครงการ = 3 คะแนน</li> <li>- มีการสรุปแผนงานโครงการที่ใส่ใจปัญหาสุขภาพ 3 - 5 โครงการ = 5 คะแนน</li> </ul>  | 5         |             |
| <p>4. มีการทบทวนและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 3 คะแนน</li> <li>- มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 71 - 80 = 4 คะแนน</li> <li>- มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 81 ขึ้นไป = 5 คะแนน</li> </ul>         | 5         |             |
| <b>รวม</b>   | <b>20</b> |             |



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน  | คะแนน<br>เต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | แนวทางการ<br>พิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|--|--|---------------|-----------------|--|---|
| หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | 2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ   | (2)           |                 | สัมภาระ<br>กระบวนการได้มา<br>ซึ่งปัญหาของชุมชน<br>(ODOP/OTOP)<br>วิธีการค้นหาปัญหา<br>และ<br>ความต้องการของ<br>ชุมชน/<br>การบันทึกประเด็น<br>ปัญหา | ODOP (One District One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ที่เป็นปัญหาพร้อมและมีการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วน<br>คำว่า One District One Project ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (trigger) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆและประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ |
|  | ทราบความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Health Need) ประเด็นปัญหาหรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่ง ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีการนำฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ |               |                 |  |   |
|  | - ไม่มีการค้นหาความต้องการของประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP)  | 0             |                 |  |   |
|  | - ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ   | 1             |                 |  | OTOP (One Tambol One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตำบลนั้นๆ ที่เป็น   |





| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนน<br>เต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | แนวทางการ<br>พิจารณา     | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-------|---|---------------|-----------------|--------------------------|---|
|       | - ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีฐานข้อมูลประชากร กลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ   | 2             |                 |                          | ปัญหาพร้อมและ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกันทุก ภาคส่วน<br>- มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามประเด็น ODOP/OTOP อย่างน้อย 1 เรื่อง  |
|       | <b>2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย</b>  | <b>(2)</b>    |                 | บันทึกการประชุม<br>คปสอ. | <b>“การประสานงาน”</b><br>หมายถึง การจัดระเบียบ<br>วิธีการทำงาน เพื่อให้งาน<br>และเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ<br>ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นหนึ่ง<br>เดียวกันเพื่อลดความขัดแย้ง<br>ในการทำงาน ดำเนินไป<br>ด้วยความราบรื่นสอดคล้อง<br>กับวัตถุประสงค์ในการ<br>ทำงานร่วมกันหรือการ<br>ติดต่อสื่อสารให้เกิด<br>ความคิด ความเข้าใจ<br>ตรงกันในการร่วมมือ<br>ปฏิบัติงานให้สอดคล้อง ทั้ง<br>เวลา และกิจกรรมที่จะต้อง<br>กระทำให้บรรลุ<br>วัตถุประสงค์และมี<br>ประสิทธิภาพเพื่อให้งาน<br>ดำเนินไปด้วยความราบรื่น |
|       | มีการจัดช่องทางติดต่อ<br>ประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต.<br>ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของ<br>พื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร<br>ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร<br>และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่าง<br>เป็นรูปธรรม    |               |                 |                          |   |
|       | - ไม่มีการจัดช่องทางสื่อสาร<br>ภายใน คปสอ. และ รพ.สต.<br>ภายในเครือข่าย   | 0             |                 |                          |   |
|       | - มีการจัดช่องทางติดต่อ<br>ประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.<br>สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบท<br>ของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร<br>ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร<br>บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่าง<br>เป็นรูปธรรม | 1             |                 |                          |   |
|       | - มีการจัดช่องทางติดต่อ<br>ประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.<br>สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบท<br>ของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร   | 2             |                 |                          |   |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-------|--|------------|-------------|------------------|------------------|
|       | ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม   |            |             |                  |                  |
|       | <b>2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย</b>  | <b>(2)</b> |             |                  |                  |
|       | มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ๆ ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม    |            |             |                  |                  |
|       | - ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ๆ ฯลฯ   | <b>0</b>   |             |                  |                  |
|       | - มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ๆ ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม | <b>1</b>   |             |                  |                  |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม   |  |
|-------|---|------------|-------------|--|--|--|
|       | - มีการจัดช่องทางทางความคิดต่อ<br>ประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย<br>เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอก<br>เครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่นๆ<br>ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย<br>มีผังการสื่อสารประสานงานอย่าง<br>เป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากร<br>สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็น<br>รูปธรรม | 2          |             |  |  |  |
|       | <b>2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม</b>   | <b>(2)</b> |             | สัมภาษณ์/สอบถาม  | <b>การมีส่วนร่วม หมายถึง</b>   |  |
|       | <b>ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็น<br/>ทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการ<br/>อย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มี<br/>การจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ<br/>ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี<br/>อย่างเป็นรูปธรรม</b>  |            |             | การสร้างการมีส่วน<br>ร่วมกับภาคี<br>เครือข่าย/ภาพถ่าย<br>หลักฐานใน<br>ดำเนินงานร่วมกัน/<br>ระบบงานที่เกิดจาก | <b>กระบวนการที่ทำให้บุคคล<br/>สมัครใจเข้ามามีส่วนร่วม<br/>ในการตัดสินใจเพื่อตนเอง<br/>และมีส่วนดำเนินการ<br/>เพื่อให้บรรลุถึง<br/>วัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้<br/>ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนด<br/>กรอบความคิดจาก<br/>บุคคลภายนอกหรือองค์กร<br/>ที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วม<br/>ในการดำเนินงานกิจกรรม<br/>ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง<br/>หรือทุกขั้นตอน</b> |  |
|       | - ชุมชน ภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วม<br>ในการจัดระบบดูแลสุขภาพ  | 0          |             | การมีส่วนร่วมและ<br>บทบาทของภาคี   |  |  |
|       | - ชุมชนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมใน<br>กระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิด<br>ระบบและยังไม่มีการประเมินผลที่เกิดกับ<br>สุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม  | 1          |             | เครือข่ายต่างๆที่<br>มาร่วมในการ<br>ดำเนินการ  |  |  |
|       | - ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ<br>เป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการ<br>อย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มี<br>การจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ<br>ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่าง<br>เป็นรูปธรรม  | 2          |             |  | <b>ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาค<br/>ส่วนต่างๆเป็นทีมกับ<br/>เครือข่ายสุขภาพ<br/>หมายถึง ชุมชน</b>  |  |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนน<br>เต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | แนวทางการ<br>พิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|---|---------------|-----------------|--|--|
|       |   |               |                 |  | คณะกรรมการระบบ<br>สุขภาพอำเภอ และ<br>คณะกรรมการบริหาร รพ.<br>สต.   |
|       | <b>2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของ<br/>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วน<br/>ได้ ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน</b>   | <b>(2)</b>    |                 | สอบถามวิธีการสร้าง<br>ความสัมพันธ์กับ<br>ชุมชน/ผลการ<br>ประเมินความพึง<br>พอใจ/<br>การวิเคราะห์ผล/<br>การปรับปรุงวิธีการ<br>สร้างความสัมพันธ์<br>และปรับปรุงใน<br>ประเด็นที่ไม่พึง<br>พอใจ | ความพึงพอใจ หมายถึง<br>ความรู้สึกภายในจิตใจของ<br>มนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน<br>ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะ<br>มีความคาดหวังกับสิ่ง<br>หนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้า<br>คาดหวังหรือมีความตั้งใจ<br>มากและได้รับการ<br>ตอบสนองด้วยดีจะมีความ<br>พึงพอใจมากแต่ในทาง<br>ตรงกันข้ามอาจผิดหวัง<br>หรือไม่พึงพอใจเป็นอย่าง<br>ยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการ<br>ตอบสนองตามที่คาดหวัง<br>ไว้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจ<br>ไว้ว่าจะมีมาก |
|       | มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ<br>ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน<br>ได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของ<br>พื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ<br>ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตาม<br>ข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึง<br>ข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียน มี<br>กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของ<br>ผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการ<br>แก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงทีลดความ<br>ไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์<br>คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้ง<br>องค์กร |               |                 |  |  |
|       | - ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และ<br>การวัดความพึงพอใจของประชากร<br>เป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย และ<br>ไม่มีการจัดการข้อร้องเรียน   | 0             |                 |  |  |
|       | - มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ<br>ประชากร<br>เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย<br>ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มีการวัด<br>ความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจ<br>และไม่พอใจ<br>มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน<br>สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการ<br>หรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการการ<br>จัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนา<br>องค์กร  | 1             |                 |  |  |





| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนน<br>เต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | แนวทางการ<br>พิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-------|--|---------------|-----------------|----------------------|------------------|
|       | - มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ<br>ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน<br>ได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของ<br>พื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ<br>ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตาม<br>ข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึง<br>ข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมี<br>กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของ<br>ผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการ<br>แก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วถึง ลดความ<br>ไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์<br>คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้ง<br>องค์กร | 2             |                 |                      |                  |
|       | <b>รวมคะแนน</b>  | <b>10</b>     |                 |                      |                  |





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

## หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|--|--|-----------|-------------|--|---|
| หมวด 3<br>การ<br>มุ่งเน้น<br>ทรัพยากร<br>บุคคล | <p>3.1. มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ</p> <p>1. มีการประเมินอัตรากำลังบุคลากรใน รพ.สต. ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช.ให้เหมาะสมกับระดับของ รพ.สต.</p> <p>2. มีการจัดระบบบริหารบุคลากรโดยคณะกรรมการที่ถูกแต่งตั้งในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามภาระหน้าที่</p> <p>3. มีการกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ต้องการมีวิธีการสรรหา ว่าจ้าง และรักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการมีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรม และมีแผนการพัฒนาบุคลากร</p> | (2)       |             | สัมภาษณ์/สอบถาม / เอกสารในการกำหนดคุณลักษณะที่จำเป็นของบุคลากร/ แนวทางการสรรหาบุคลากร การมอบหมายหน้าที่ การงาน | <p>“ระบบงาน”</p> <p>หมายถึง</p> <p>วิธีการจัดโครงสร้างและระบบการทำงานของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจ และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์</p> <p>การจัดระบบการบริหารงาน หมายถึง การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ ความคิดริเริ่มการกระจายอำนาจ</p> |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา  | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-------|---|------------|-------------|---|---|
|       | - ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า  | 0          |             |   | ตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)<br><br>การแบ่งระดับ รพ. สต. คูได้จาก เอกสารแนบท้าย หมวด 3 |
|       | -มีการจัดระบบบริหารบุคลากร แต่ไม่มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า   | 1          |             |   |   |
|       | - มีการจัดระบบบริหารบุคลากร และมีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า   | 2          |             |   |   |
|       | <b>3.2 มีการสร้างความผูกพันและความพึงพอใจแก่บุคลากร</b>   | <b>(2)</b> |             | ผลการประเมิน ความพึงพอใจ/ สัมภาษณ์วิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และความผูกพันของหน่วยงาน | ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากร หรือใช้คำว่า “ร่วมด้วย        |
|       | มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงานทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผูกพัน ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน<br>ที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ |            |             |   |   |
|       | - ไม่มีการสร้างความผูกพันและความพึงพอใจแก่บุคลากร   | 0          |             |   |   |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|--|-----------|-------------|------------------|--|
|       | <p>- มีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงาน<br/>จัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน<br/>ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความ<br/>ผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจ<br/>ในการปฏิบัติงาน<br/>ที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้<br/>ให้บริการและผู้รับบริการ</p> | 2         |             |                  | <p>“ช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน<br/>ครอบคลุมการสร้าง<br/>ความสัมพันธ์ การ<br/>สร้างความพึงพอใจ<br/>การเสริมสร้าง<br/>วัฒนธรรมองค์กร<br/>การบริหาร<br/>ค่าตอบแทน การ<br/>สร้างแรงจูงใจ การ<br/>ฝึกอบรมบุคลากรที่<br/>มี<br/>ความพึงพอใจและ<br/>ความผูกพันกับ<br/>องค์กร จะรู้ดีกว่า<br/>เป็นส่วนหนึ่งของ<br/>องค์กรงานที่ได้รับ<br/>มอบหมายเป็นงานที่<br/>มีคุณค่า สอดคล้อง<br/>กับค่านิยมส่วนตัว<br/>สอดคล้องกับทิศทาง<br/>ขององค์กร และมี<br/>ความรับผิดชอบต่อ<br/>ความสำเร็จของงาน<br/>ปัจจัยที่มีผลต่อความ<br/>พึงพอใจของ<br/>บุคลากร ควร</p> |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา                           | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-------|--|-----------|-------------|--|---|
|       |  |           |             |  | พิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทนความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน |
|       | 3.3 มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรและการประเมินผลการปฏิบัติงาน | (3)       |             | พิจารณาจากผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน | การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และพัฒนา การประเมินและ  |
|       | 3.3.1 มีการจัดระบบพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็น     | (1)       |             | และผลการดำเนินงานขององค์กร/สัมภาษณ์        | ปรับปรุงวิธีการทำงาน การ  |





| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|-------|--|-----------|-------------|--|---|
|       | จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากรมีการค้นหาความจำเป็นและความต้องการในการฝึกอบรมการจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนาตามที่กำหนด   |           |             | รูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้ของบุคลากร/การจัดการเรื่องความก้าวหน้าของบุคลากร | แลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและ  |
|       | - ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร  | 0         |             |  | ภายนอกองค์กร อาจเป็นการฝึกอบรมระหว่าง   |
|       | - จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากรมีการค้นหาความจำเป็นและความต้องการในการฝึกอบรมการจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนาตามที่กำหนด | 1         |             |  | การปฏิบัติงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือนอกองค์กร |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-------|---|------------|-------------|--|------------------|
|       | <b>3.3.2 มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร</b>   | <b>(2)</b> |             | <b>พิจารณาจาก</b><br>1. ตัวชี้วัดผล การปฏิบัติงาน<br>2. ทำข้อตกลงในการ ปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอดตัวชี้วัด ระดับองค์กรสู่ระดับ บุคคล (Individual Scorecard) โดย ผู้บังคับบัญชาและ ผู้ใต้บังคับบัญชา<br>3. คณะกรรมการ พิจารณาก่อนกรอง ผลการประเมิน เพื่อให้เกิดมาตรฐาน และเป็นธรรมเนียม<br>4. หลักเกณฑ์ การประเมินและผล การประเมินให้ บุคลากรรับทราบ<br>5. ผู้บังคับบัญชานำ ผลการประเมินไป พิจารณาในการเลื่อน ขึ้นเงินเดือน ให้ รางวัลจูงใจ และการ บริหารงานบุคคล เรื่องอื่นๆ และการ |                  |
|       | มีการจัดระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากรอย่าง โปร่งใส เป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้ง ผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุง การทำงานมีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจ เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้น ผลประโยชน์ และความต้องการของ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย |            |             |  |                  |
|       | - ไม่มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร   | 0          |             |  |                  |
|       | - มีการจัดระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากรอย่าง โปร่งใส เป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้ง ผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุง การทำงานมีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจ เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจมีการทำงานที่มีประสิทธิผล   | 2          |             |  |                  |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา   | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|---|-----------|-------------|--|--|
|       | มีจิตสำนึกในการ ทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย   |           |             | นำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีดสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น |  |
|       | <b>3.4 มีการเสริมพลังประชาชนและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care)</b>   | (3)       |             | สัมภาษณ์/สอบถาม/เอกสารเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3๐2๘/แผนการดำเนินงาน/ภาพกิจกรรม  | Health Empowerment หรือ "การเสริมพลังสร้างสุขภาพ" หมายถึง กระบวนการวิธีที่จะให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตน มาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน |
|       | บุคลากรมีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๘ และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน เพื่อให้ประชาชนนำไปดูแลครอบครัวและตนเองได้ |           |             |  |  |
|       | - ไม่มีการถ่ายทอดความรู้  | 0         |             |  |  |
|       | -มีการวางแผนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๘ และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน   | 1         |             |  | Self care หรือการ  |





| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม   |
|-------|--|-----------|-------------|------------------|--|
|       | - มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน  | 2         |             |                  | ดูแลสุขภาพตนเอง  |
|       | - มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน เพื่อให้ประชาชนนำไปดูแลครอบครัวและตนเองได้ | 3         |             |                  | เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) ให้ความหมายว่า คือการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน |
|       | <b>รวมคะแนน</b>  | <b>10</b> |             |                  |  |



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน  |       |  |       |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา                 | คำชี้แจง/คำนิยาม  |
|--|--|-------|--|-------|--|-------|---|-------|--|-------|---|-------|---|-------|-----------|-------------|----------------------------------|---|
|  | ฐานข้อมูลผู้รับบริการตรงตามกลุ่มวัย (ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file) |       | ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทางการสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร) |       | Flow chart การบริการของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับแม่ข่ายและชุมชน |       | CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบส่งต่อ |       | *เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก) |       | บุคลากรสามารถให้บริการได้ สอดคล้องกับการบริการ (สัมภาษณ์) |       | *การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบทสถานบริการ) |       |           |             |                                  |   |
|  | มี   | ไม่มี | มี   | ไม่มี | มี   | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี   | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี  | ไม่มี |           |             |                                  |   |
| 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)                               |  |       |  |       |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       | (7)       |             | สัมภาษณ์/ตามรอย                  | การจัดบริการตามสภาพปัญหาของชุมชน หมายถึงการจัดบริการที่สอดคล้องกับประเด็น ODOP/OTOP |
| ODOP.....<br>OTOP.....<br>(ติดตามประเมินทุกข้อตามประเด็นปัญหาของพื้นที่) |  |       |  |       |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       | 3<br>4    |             | การให้บริการตามประเด็น ODOP/OTOP | ปัญหาของชุมชน หมายถึงการจัดบริการที่สอดคล้องกับประเด็น ODOP/OTOP                    |
| 4.2 การบริการในสถานบริการ  |  |       |  |       |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       | (14)      |             | สัมภาษณ์/                        | การให้บริการใน  |



| เกณฑ์   | รายการตรวจประเมิน  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา         | คำชี้แจง/<br>คำนิยาม |            |
|---|--|-------|---|-------|--|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|-----------|-------------|--------------------------|----------------------|------------|
|   | ฐานข้อมูลผู้รับบริการตรงตามกลุ่มวัย (ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file) |       | ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทางสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร) |       | Flow chart การบริการของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับแม่ข่ายและชุมชน |       | CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบส่งต่อ |       | *เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก) |       | บุคลากรสามารถให้บริการได้ สอดคล้องกับการบริการ (สัมภาษณ์) |       | *การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบทสถานบริการ) |       |           |             |                          |                      |            |
|   | มี   | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี   | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี  | ไม่มี |           |             |                          |                      |            |
| (บทบาทเจ้าหน้าที่ )   |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       |           |             |                          | ตามรอย               | สถานบริการ |
| 4.2.1 OPD   |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 2         |             | การให้บริการ             | หมายถึง              |            |
| 4.2.2 ER  |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 2         |             | ในสถาน                   | การจัดบริการ         |            |
| 4.2.3 ANC   |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 2         |             | บริการตาม                | ภายในหน่วย           |            |
| 4.2.4WCC  |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 2         |             | แผนกต่างๆ                | บริการที่จัดไว้      |            |
| 4.2.5NCD  |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 2         |             | เช่น OPD,ER              | สำหรับ               |            |
| 4.2.6 แผนไทย  |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 2         |             | ฯลฯ                      | ให้บริการผู้ป่วย     |            |
| 4.2.7 ทันตกรรม  |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 2         |             |                          | ผู้รับบริการ         |            |
| 4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)    |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | (9)       |             | สัมภาษณ์ / ตามรอย        | การบริการใน          |            |
| 4.3.1 การดูแลบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)/LTC และ Palliative care |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       | 3         |             | กระบวนการ ให้บริการแก่   | ชุมชน หมายถึง        |            |
|   |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       |           |             | ผู้ป่วย ผู้รับบริการใน   | บริการที่จัดไว้      |            |
|   |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       |           |             | ชุมชน                    | ให้บริการกับ         |            |
|   |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       |           |             | ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และ | ให้บริการกับ         |            |
|   |  |       |   |       |  |       |   |       |   |       |   |       |   |       |           |             | ชุมชนโดย                 | ชุมชนโดย             |            |



| เกณฑ์  | รายการตรวจประเมิน  |       |   |       |   |       |   |       |  |       |   |       |  |       | คะแนน<br>เต็ม | คะแนน<br>ที่ได้ | แนวทางการ<br>พิจารณา | คำชี้แจง/<br>คำนิยาม      |
|--|--|-------|---|-------|---|-------|---|-------|--|-------|---|-------|--|-------|---------------|-----------------|----------------------|---------------------------|
|  | ฐานข้อมูล<br>ผู้รับบริการ<br>ตรงตาม<br>กลุ่มวัย<br>(ประเมินจาก<br>เอกสารหรือ<br>Electronic file) |       | ช่องทางการเข้าถึง<br>บริการเชิงรุก เชิง<br>รับ และช่องทาง<br>การสื่อสาร<br>(โทรศัพท์, Line,<br>สื่อประชาสัมพันธ์)<br>(ประเมินจาก<br>เอกสาร) |       | Flow chart<br>การบริการ<br>ของ FCT<br>ทุกระดับ<br>เชื่อมโยงกับ<br>แม่ข่ายและ<br>ชุมชน |       | CPG<br>รายการที่<br>สนับสนุนจาก<br>แม่ข่าย<br>(ไม่เกิน 5 ปี)<br>และระบบ<br>ส่งต่อ |       | *เครื่องมือที่<br>สอดคล้องกับ<br>การบริการ<br>(การบำรุง รักษา<br>หมუნเวียน)<br>(ประเมินจากแบบ<br>ประเมินภาคผนวก) |       | บุคลากร<br>สามารถ<br>ให้บริการได้<br>สอดคล้องกับ<br>การบริการ<br>(สัมภาษณ์) |       | *การลงข้อมูล<br>(Electronic<br>file) ที่<br>ให้บริการ/<br>Family<br>Folder<br>(ตามบริบท<br>สถานบริการ) |       |               |                 |                      |                           |
|  | มี   | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี   | ไม่มี | มี  | ไม่มี | มี   | ไม่มี |               |                 |                      |                           |
| 4.3.2 การควบคุมและ<br>ป้องกันโรค (SRRT)      |  |       |   |       |   |       |   |       |  |       |   |       |  |       | 3             |                 |                      | ออกไปให้บริการ<br>ในชุมชน |
| 4.3.3 คุ้มครองผู้บริโภค<br>ด้านสุขภาพ (คปส.) |  |       |   |       |   |       |   |       |  |       |   |       |  |       | 3             |                 |                      |                           |
| รวมคะแนน                                     |  |       |   |       |   |       |   |       |  |       |   |       |  | 30    |               |                 |                      |                           |

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.1OPD และ 4.2.5NCD(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน   | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไขการ<br>ปรับปรุง |
|---|--------------|-------|---------------------------------------|
|   | มี           | ไม่มี |                                       |
| ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้   |              |       |                                       |
| (1) หูฟัง   |              |       |                                       |
| (2) เครื่องวัดความดันโลหิต(สำหรับการประเมิน NCD ด้วย)   |              |       |                                       |
| (3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก  |              |       |                                       |
| (4) ไม้กดลิ้น   |              |       |                                       |
| (5) ไฟฉาย   |              |       |                                       |
| (6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย   |              |       |                                       |
| (7) ไม้เคาะเข่า   |              |       |                                       |
| (8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง   |              |       |                                       |
| (9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก   |              |       |                                       |
| (10) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E – Chart)  |              |       |                                       |
| (11) ตู้เย็นสำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ<br>ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นการบันทึกข้อมูล<br>ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม<br>กรณีไฟดับ หรือสร้างความสะอาดตู้เย็นถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอก<br>สถานที่ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนย้ายออกนอกพื้นที่<br>เป็นต้น |              |       |                                       |



| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไขการ<br>ปรับปรุง |
|--|--------------|-------|---------------------------------------|
|  | มี           | ไม่มี |                                       |
| (12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับผู้ป่วยต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิผู้เขียนการเทียบเคียงเป็นต้น |              |       |                                       |
| (13) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX(สำหรับการประเมิน NCD)   |              |       |                                       |

หมายเหตุ 1. การประเมิน OPD

- OPD (มี 1 - 12) = มี
- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่ง (1 - 12) = ไม่มี

2. การประเมิน NCD

- NCD (มี 1 - 13) = มี
- NCD ไม่มี 2 หรือ 13 หรือไม่มีทั้งคู่ = ไม่มี





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.2 ER(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน   | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไขการ<br>ปรับปรุง |
|---|--------------|-------|---------------------------------------|
|   | มี           | ไม่มี |                                       |
| 1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน  |              |       |                                       |
| 1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่   |              |       |                                       |
| 1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)   |              |       |                                       |
| 1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย)และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ |              |       |                                       |
| 1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR   |              |       |                                       |
| 2. ชุดผ่าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น  |              |       |                                       |
| 3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear   |              |       |                                       |
| 4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน   |              |       |                                       |
| 5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐานวิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ                        |              |       |                                       |

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต /<br>เงื่อนไข<br>การปรับปรุง |
|--|--------------|-------|--|
|  | มี           | ไม่มี |  |
| อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้                              |              |       |  |
| 1. เครื่องชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง                                      |              |       |  |
| 2. เครื่องวัดความดันแบบปรอท(ใช้สำหรับผู้ที่มึประวัติความดันโลหิตสูง) |              |       |  |
| 3. หูฟัง   |              |       |  |
| 4. เครื่อง Droptone  |              |       |  |
| 5. สายวัดระดับมดลูก  |              |       |  |
|  |              |       |  |

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ไม่มี Droptone = ไม่มี



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต /<br>เงื่อนไข<br>การปรับปรุง |
|--|--------------|-------|--|
|  | มี           | ไม่มี |  |
| 1. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพเอกสาร แผ่นพับ |              |       |  |
| 2. เครื่องชั่งน้ำหนัก  |              |       |  |
| 3. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก  |              |       |  |
| 4. ที่วัดความยาว/ส่วนสูง   |              |       |  |
| 5. สายวัดรอบศีรษะ  |              |       |  |

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

- ขาดชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก= ไม่มี



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--------------|-------|-----------------------------------|
|  | มี           | ไม่มี |                                   |
| เครื่องมือ เครื่องใช้สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้ |              |       |                                   |
| 1. เครื่องวัดความดันโลหิต  |              |       |                                   |
| 2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง                                 |              |       |                                   |
| 3. หูฟัง (stethoscope)   |              |       |                                   |
| 4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้  |              |       |                                   |
| 5. ไฟฉาย   |              |       |                                   |
| 6. ไม้กีดลิ้น  |              |       |                                   |
| 7. ไม้เคาะเข่า   |              |       |                                   |
| 8. สายวัด  |              |       |                                   |
| 9. ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น  |              |       |                                   |
| 10. ถุงมือยาง  |              |       |                                   |
| 11. ผ้าปิดจมูก   |              |       |                                   |

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ (1-11) = มี

- มีข้อ 1-7 = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1-7 = ไม่มี



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7 ทักษะกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน   | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--------------|-------|-----------------------------------|
|   | มี           | ไม่มี |                                   |
| (1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ   |              |       |                                   |
| (2) มียูนิตทำฟันทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบดังนี้<br>2.1 ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน<br>2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมกระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด<br>2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง |              |       |                                   |
| (3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)  |              |       |                                   |
| (4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม  |              |       |                                   |
| (5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสงสำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)   |              |       |                                   |



| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--------------|-------|-----------------------------------|
|  | มี           | ไม่มี |                                   |
| (6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ |              |       |                                   |
| (7) มีผู้เฝ้าสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์   |              |       |                                   |
| (8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ   |              |       |                                   |
| <b>รวม 8 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี/ไม่มี ได้เท่านั้น)</b>  |              |       |                                   |

หมายเหตุ 1. กรณีที่ รพ.สต. แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ประเมินร่วมกับ รพ.สต. ในเครือข่ายที่ให้บริการร่วมกัน

2. การแปลผล - หากข้อใดข้อหนึ่งใน 1-6 = ไม่มี

- มี 1-8=มี

- มี 1-6= มี





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.1 การดูแลบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) /LTC/Palliative care

| เกณฑ์การตรวจประเมิน                                     | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไข<br>การปรับปรุง |
|---|--------------|-------|---------------------------------------|
|   | มี           | ไม่มี |                                       |
| ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ |              |       |                                       |
| (1) หูฟัง   |              |       |                                       |
| (2) เครื่องวัดความดันโลหิต                              |              |       |                                       |
| (3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก                          |              |       |                                       |
| (4) ไม้กดลิ้น   |              |       |                                       |
| (5) ไฟฉาย   |              |       |                                       |
| (6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย                               |              |       |                                       |
| (7) ไม้เคาะเข่า   |              |       |                                       |
| (8) เครื่องตรวจน้ำตาล                                   |              |       |                                       |
| (9) เตียง Fowler  |              |       |                                       |
| (10) เครื่อง suction mobile                             |              |       |                                       |
| (11) Oxygen Home therapy                                |              |       |                                       |

หมายเหตุ -LTC มีข้อ 1 – 8 = มี

-LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 8= ไม่มี

-Palliative careมีข้อ 1 – 8 และ มีข้อ 9 – 11 อย่างน้อย 1 ข้อ = มี

- Palliative careขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9– 11= ไม่มี



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.2 การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก (SRRT : Surveillance and Rapid Response Team)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต /เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--------------|-------|--------------------------------|
|  | มี           | ไม่มี |                                |
| อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโรคที่พบบ่อย  |              |       |                                |
| 1.อาหารเลี้ยงเชื้อ (Carry Blair) สำหรับเก็บเพาะเชื้อจากตัวอย่างอุจจาระ (Rectal Swab Culture) |              |       |                                |
| 2. ตลับเก็บ fresh stool เมื่อมีผู้ป่วย Acute Flaccid Paralysis : AFP                         |              |       |                                |
| 3. ขวด Sterile เก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียน หรือไอ  |              |       |                                |

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น 4.3.3 เกณฑ์กรรม/ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ชื่อ-นามสกุลผู้ประกอบการ.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

## 1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง

| ประเด็น   | ตรวจ<br>(รายการ) | พบไม่ถูกต้อง<br>(รายการ) | ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่<br>พบไม่ถูกต้อง |
|---|------------------|--------------------------|---|
| 1. อาหารที่ไม่มี อย. 10 ชนิด ได้แก่ นม นมเปรี้ยว ไอศกรีมน้ำดื่ม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซอส น้ำปลาเครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง ขนมปัง/เบเกอรี่ ที่มาจากแหล่งผลิตนอกอำเภอหรือไม่ทราบแหล่งที่มา |                  |                          |   |
| 2. อาหารตามข้อ 1 ที่ฉลากไม่มีวันเดือนปีผลิต/หมดอายุ   |                  |                          |   |
| 3. ขนม/อาหารที่มีลักษณะกายภาพ/บรรจุภัณฑ์/การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง/เสื่อมสภาพ หมดอายุ  |                  |                          |   |
| 4. ยาห้ามขาย(ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะNSAIDs ยานิด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก)  |                  |                          |   |
| 5. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย.ห้ามขาย<br>ขาย 34 รายการ  |                  |                          |   |



| ประเด็น   | ตรวจ<br>(รายการ) | พบไม่ถูกต้อง<br>(รายการ) | ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่<br>พบไม่ถูกต้อง |
|---|------------------|--------------------------|---|
| 6. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย.<br>ประกาศผลตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้ (ตาม<br>รายการที่กำหนด)   |                  |                          |   |
| 7. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ฉลากไม่<br>ถูกต้อง<br>(ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีฉลาก ไม่มีเลขที่ใบรับ<br>แจ้ง<br>10 หลัก)  |                  |                          |   |
| 8. แผ่นป้ายโฆษณาอาหาร เครื่องดื่ม ยาที่ผิด<br>กฎหมาย(1.อาหาร/เครื่องดื่ม โฆษณาสรรพคุณ<br>ป้องกันรักษาโรค<br>2. ยา โฆษณารักษาเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต<br>หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต บำรุงกาม คุมกำเนิด<br>โฆษณาสรรพคุณยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ<br>หรือโฆษณาเชิงโชค ส่งกล่องยารับรางวัล) |                  |                          |   |

- 2.การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย - ดูเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร ( ) ถูกต้อง ( ) ไม่ถูกต้อง  
 - ดูวันผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง ( )  
 - รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า ( ) รู้ ( ) ไม่รู้

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

รายการเครื่องสำอางสำหรับฝ้า34 รายการที่ห้ามขายตาม  
ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิตนำเข้า หรือขาย  
ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2553และฉบับที่ 2 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552

1. BEANNE บีแอน ครีมไข่มุกตราแตร
2. แอนตี้-ฟาร์ ครีม
3. แอนตี้-ฟาร์ โลชั่นกันฝ้า ปรับผิว
4. ROSE ครีมขจัดฝ้า
5. FAR-ACT ครีมรักษาฝ้า
6. CN คลินิก 99
7. ครีมฝ้าเมลลาแคร์
8. โลชั่นกันแดด กันฝ้า เมลลาแคร์
9. ครีมวินเซิร์ฟ
10. โลชั่นวินเซิร์ฟ ลดฝ้ากันแดด
11. MUI LEE HIANG PEARL CREAM
12. เอสจี โลชั่นปรับสภาพผิว
13. เลนาว ครีมบำรุงผิวหน้ากลางคืน
14. NEW CARE นิวแคร์ ครีมประทินผิว
15. NEW CARE นิวแคร์ โลชั่นปรับสภาพผิว
16. 3 ทรีเคย์ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน ครีมลดริ้วรอยหมองคล้ำ
17. 3 ทรีเคย์ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
18. 3 ทรีเคย์ เนเซอร์ล ครีมทาสิว
19. 3 ทรีเคย์ เนเซอร์ล โลชั่นป้องกันแสงแดด
20. พรีเมิ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน ครีมลดริ้วรอย
21. พรีเมิ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
22. มิสเคย์ ครีมแก้สิว
23. มิสเคย์ ครีมแก้ฝ้า
24. พอลล่า ครีมทาสิว
25. พอลล่า ครีมทาฝ้า
26. พอลล่า โลชั่นกันแดดรักษาฝ้า
27. ครีมชาเขียว DR. JAPAN



28. ครีมหาเซีย MISS JAPAN
29. ซิซาเดะ ครีมน้ำขาว โสมผสมไข่มุกญี่ปุ่น
30. ครีบบัวหิมะ หลิง หลิง
31. ครีม QIAN MEI
32. ครีม QIAN LI
33. ครีม CAI NI YA
34. ครีม JIAO LING

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....

.....





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ประเด็น : การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder

หมายเหตุ \*\*\* เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้

| เกณฑ์การตรวจประเมิน   | ผลการตรวจสอบ |       | ข้อสังเกต/<br>เงื่อนไขการ<br>ปรับปรุง |
|---|--------------|-------|---------------------------------------|
|   | มี           | ไม่มี |                                       |
| (1) มีคู่มืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาและเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี<br>(มีที่เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย ค้นหาได้ง่ายและมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)   |              |       |                                       |
| (2) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วยสำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยอย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้<br>2.1 ชื่อ นามสกุลอายุ ผู้ป่วย<br>2.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN)<br>2.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ   |              |       |                                       |
| (3) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วยที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ อย่างน้อยต้องมีรายการดังต่อไปนี้<br>3.1 ชื่อสถานพยาบาล<br>3.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN)<br>3.3 วันเดือน ปี รับบริการ<br>3.4 ชื่อ นามสกุลอายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพที่อยู่และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน<br>3.5 ประวัติอาการป่วย ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสุดของผู้ป่วย<br>3.6 การวินิจฉัย<br>3.7 การรักษา<br>3.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นอย่างข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ) |              |       |                                       |





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

## หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ข้อ 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ให้ข้อมูล  กศค./อสค.  ผู้รับบริการ

มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน

| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |         | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--------------|---------|-------------------------------|
|  | ผ่าน         | ไม่ผ่าน |                               |
| 1. ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างไร  |              |         |                               |
| 2. ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ2ส อย่างไร                 |              |         |                               |
| 2.1 มีการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพอย่างไร   |              |         |                               |
| 2.2 ออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อสุขภาพอย่างไร  |              |         |                               |
| 2.3 มีการจัดการอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียดอย่างไร   |              |         |                               |
| 2.4 ท่านทราบผลกระทบของสูบบุหรี่หรือยาเส้นต่อสุขภาพ และวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร  |              |         |                               |
| 2.5 ท่านทราบผลกระทบของสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ และวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร  |              |         |                               |
| 3. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง คุณภาพอย่างไร   |              |         |                               |
| 4. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร   |              |         |                               |
| 5. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว เพื่อนำบุตรหลานอายุ 0 -5 ปี ไปรับการตรวจพัฒนาการตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร                 |              |         |                               |
| 6. ท่านทราบความสำคัญและวิธีการเฝ้าระวังปัญหาสังคม/พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น (ท้องไม่พร้อม ดิดเกมส์ ยาเสพติด เด็กแว้น ฯลฯ) อย่างไร |              |         |                               |
| 7. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร                    |              |         |                               |



| เกณฑ์การตรวจประเมิน  | ผลการตรวจสอบ |         | ข้อสังเกต/เงื่อนไข<br>การปรับปรุง |
|--|--------------|---------|-----------------------------------|
|  | ผ่าน         | ไม่ผ่าน |                                   |
| 8. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของ<br>ผู้สูงอายุในเรื่องของ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างไร |              |         |                                   |
| 9. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่<br>ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร     |              |         |                                   |
| 10. หอมประจำครอบครัวของท่านมีบทบาทอย่างไรในการให้บริการหรือ<br>สนับสนุนด้านสุขภาพ  |              |         |                                   |

#### เกณฑ์การให้คะแนน

- รายข้อ “ผ่าน” ได้ 1.5 คะแนน “ไม่ผ่าน” ได้ 0 คะแนน
- ภาพรวม คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 10.5 คะแนน ถือว่า ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 70)
  - คะแนนรวม ได้ 0-10 คะแนน ถือว่า ไม่ผ่านเกณฑ์
  - ข้อ 2 ตอบได้ 2.1-2.5= ผ่าน (1.5) ตอบไม่ได้ข้อใดข้อหนึ่ง= ไม่ผ่าน(0)

หมายเหตุ สุ่มตรวจ 10% ของหลังคาเรือนครอบคลุมทั้งพื้นที่ที่รับผิดชอบ





## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

## หมวด ผลลัพธ์ 5

หน่วยบริการ .....อำเภอ.....จังหวัด.....

## ข้อที่ 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

| ตัวชี้วัด   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|---|-----------|-------------|
| <b>5.2.1. ตัวชี้วัดกลางงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ(QOFประเทศ)</b>   | <b>10</b> |             |
| 5.2.1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 – 74 ปี ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่  | 1         |             |
| 5.2.1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 – 74 ปี ที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่  | 1         |             |
| 5.2.1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์   | 1         |             |
| 5.2.1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก  | 5         |             |
| 5.2.1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)   |           |             |
| 5.2.1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea)   |           |             |
| 5.2.1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก(epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) | 1         |             |
| 5.2.1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30–60ปี ภายใน 5ปี  | 1         |             |
| <b>5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จากHDC)</b>  | <b>5</b>  |             |
| 5.2.2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย  | 1         |             |
| 5.2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)  | 1         |             |
| 5.2.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr  | 1         |             |
| 5.2.2.4 ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด   | 1         |             |



| ตัวชี้วัด   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|---|-----------|-------------|
| 5.2.2.5 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ | 1         |             |
| <b>5.2.3 ตัวชี้วัดเขต</b>   | <b>2</b>  |             |
| 5.2.3.1   |           |             |
| 5.2.3.2   |           |             |
| 5.2.3.3   |           |             |
| 5.2.3.4   |           |             |
| 5.2.3.5   |           |             |
| <b>5.2.4. ตัวชี้วัดจังหวัด</b>  | <b>2</b>  |             |
| 5.2.4.1   |           |             |
| 5.2.4.2   |           |             |
| 5.2.4.3   |           |             |
| 5.2.4.4   |           |             |
| 5.2.4.5   |           |             |
| <b>5.2.5. ตัวชี้วัดอำเภอ</b>  | <b>1</b>  |             |
| 5.2.5.1   |           |             |
| 5.2.5.2   |           |             |
| 5.2.5.3   |           |             |
| 5.2.5.4   |           |             |
| 5.2.5.5   |           |             |

- หมายเหตุ
- ตัวชี้วัดระดับกระทรวง 5 ตัว เลือกโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)
  - ตัวชี้วัดระดับเขต/ จังหวัด/ อำเภอ เลือกโดย เขต จังหวัด อำเภอ



## (ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

## หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ข้อ 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

| ประเด็น   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา         | คำชี้แจง/คำนิยาม                   |
|---|-----------|-------------|--------------------------|------------------------------------|
| <b>5.3.1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้เช่น CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย</b> | (2)       |             | - สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่    | สินทรัพย์ความรู้                   |
| 5.3.1.1 การจัดการองค์ความรู้  |           |             | - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ | (Knowledge assets)                 |
| - ไม่มี   | 0         |             | CQI R2R นวัตกรรม         | หมายถึงทรัพยากรทางปัญญาที่มีการ    |
| - มี  | 1         |             | งานวิจัย                 | การสั่งสมในองค์กร เป็นสมบัติของ    |
| 5.3.1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน                         |           |             |                          | องค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบ      |
| - ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน   | 0         |             |                          | ของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้    |
| - สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน  | 1         |             |                          | ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ            |
| <b>5.3.2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติ</b>  | (1)       |             | - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ | ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้        |
| <b>จากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน</b>                      |           |             | CQI R2R นวัตกรรม         | อาจเก็บไว้ในตัวบุคคล               |
| - มีผลลัพธ์   | 0         |             | งานวิจัย                 | ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการ         |
| - มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน   | 1         |             | - รูปแบบการเผยแพร่       | ปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ   |
|   |           |             | ชัดเจน                   | ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์      |
| <b>5.3.3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัยนำไปสู่การดูแลตนเองได้</b>              | (2)       |             | - สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่    | ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ(know |
| - ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้  | 0         |             | - สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็น | how)ที่ทำให้องค์กรประสบ            |
| - ชุมชน ผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้   | 1         |             | กลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI | ความสำเร็จ                         |
| - ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้                         | 2         |             | R2R นวัตกรรมงานวิจัย     |                                    |
| <b>คะแนนรวม</b>   | <b>5</b>  |             |                          |                                    |



## สรุปคะแนน

(ร่าง) สรุปคะแนนประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ลำดับ | เกณฑ์  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-------|--|-----------|-------------|----------|
| 1     | หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี  | 300       |             |          |
|       | 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมนูญ  | 14        |             |          |
|       | 1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร  | 10        |             |          |
|       | 1.1.1.1 มีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS)/คณะกรรมการสุขภาพตำบล | 2         |             |          |
|       | 1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอดทิศทาง   | 2         |             |          |
|       | 1.1.1.3 การกำกับดูแล   | 2         |             |          |
|       | 1.1.1.4 การจัดการซื้อร้องเรียน   | 2         |             |          |
|       | 1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ   | 2         |             |          |
|       | 1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม  | 4         |             |          |
|       | 1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม  | 2         |             |          |
|       | 1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่สำคัญ                                    | 2         |             |          |
|       | 1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ   | 4         |             |          |
|       | 1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์   | 2         |             |          |
|       | 1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์                                  | 2         |             |          |
|       | 1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ  | 2         |             |          |
|       | 1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ                       | 2         |             |          |
|       | 1.3 ระบบรายงาน/กระบวนการที่สำคัญ   | 282       |             |          |
|       | 1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี   | 5         |             |          |
|       | 1.3.2 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม                                      | 47        |             |          |





| ลำดับ | เกณฑ์   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-------|---|-----------|-------------|----------|
|       | 1. สภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร   | 7         |             |          |
|       | 2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร  | 22        |             |          |
|       | 3. ห้องส้วม   | 6         |             |          |
|       | 4. บริการ   | 12        |             |          |
|       | 1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน  | 230       |             |          |
|       | 1.3.3.1 การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ (IC)                                  | 20        |             |          |
|       | 1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร  | 4         |             |          |
|       | 2. การดำเนินงาน   | 15        |             |          |
|       | 1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ<br>ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) | 107       |             |          |
|       | ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป  |           |             |          |
|       | ส่วนที่ 2 ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ   | 5         |             |          |
|       | ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ                                       | 102       |             |          |
|       | 1. บุคลากร  | 10        |             |          |
|       | 2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน  | 4         |             |          |
|       | 3. น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ  | 44        |             |          |
|       | 3.1 วัสดุน้ำยา  | 6         |             |          |
|       | 3.2 เครื่องมือทดสอบ   | 16        |             |          |
|       | 3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายน้ำ                                     | 4         |             |          |
|       | 3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนใน<br>ปัสสาวะ                                | 2         |             |          |
|       | 3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ใน<br>ปัสสาวะ)                            | 4         |             |          |
|       | 3.6 การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น<br>(Hematocrit)                          | 12        |             |          |



| ลำดับ | เกณฑ์   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-------|---|-----------|-------------|----------|
|       | 4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ                              | 10        |             |          |
|       | 5. ขั้นตอนการทดสอบ                                  | 4         |             |          |
|       | 6. การประกันคุณภาพการทดสอบ                          | 12        |             |          |
|       | 7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย                | 4         |             |          |
|       | 8. การรายงานผลการทดสอบ                              | 14        |             |          |
|       | 1.3.3.3 เกณฑ์กรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) | 44        |             |          |
|       | 1. บุคลากร  | 2         |             |          |
|       | 2. คลังยาและเวชภัณฑ์                                | 16        |             |          |
|       | 3. งานบริการเภสัชกรรม                               | 10        |             |          |
|       | 4. งานคุ้มครองผู้บริโภค                             | 16        |             |          |
|       | 1.3.3.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ                | 60        |             |          |
|       | ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล                          | 20        |             |          |
|       | ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ                     | 20        |             |          |
|       | ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน      | 20        |             |          |



## (ร่าง) สรุปแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ลำดับ | เกณฑ์   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-------|---|-----------|-------------|----------|
|       | หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย<br>ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย                                     | 10        |             |          |
|       | 2.1 การ ได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP)<br>ประชากรกลุ่มเป้าหมายฐานข้อมูลผู้รับบริการ                       | 2         |             |          |
|       | 2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย   | 2         |             |          |
|       | 2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย  | 2         |             |          |
|       | 2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม  | 2         |             |          |
|       | 2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจของประชากร<br>กลุ่มเป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการ<br>จัดการข้อร้องเรียน | 2         |             |          |





## (ร่าง) สรุปแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ลำดับ | เกณฑ์  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-------|--|-----------|-------------|----------|
|       | หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  | 10        |             |          |
|       | 3.1 มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ   | 2         |             |          |
|       | 3.2 มีการสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร                                  | 2         |             |          |
|       | 3.3 มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรและการประเมินผลการปฏิบัติงาน                 | 3         |             |          |
|       | 3.3.1 มีการจัดระบบพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็น                     | 1         |             |          |
|       | 3.3.2 มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร                                  | 2         |             |          |
|       | 3.4 มีการเสริมพลังประชาชนและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) | 3         |             |          |



## (ร่าง) สรุปแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ลำดับ | เกณฑ์   | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-------|---|-----------|-------------|----------|
|       | หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย            | 30        |             |          |
|       | 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)                            | 7         |             |          |
|       | 4.2 การบริการในสถานบริการ (บพบาทเจ้าหน้าที่)                          | 14        |             |          |
|       | 4.3 การบริการในชุมชน (บพบาท เจ้าหน้าที่ /อสม./ กศค./อสค./ญาติผู้ป่วย) | 9         |             |          |



## (ร่าง) สรุบบแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

## หมวด 5 ผลลัพธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ลำดับ | เกณฑ์  | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-------|--|-----------|-------------|----------|
|       | <b>หมวด 5 ผลลัพธ์</b>  | <b>40</b> |             |          |
|       | 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self care)   | 15        |             |          |
|       | 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)  | 20        |             |          |
|       | 5.2.1. ตัวชี้วัดกลางบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF ประเทศ)  | 10        |             |          |
|       | 5.2.2. ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)  | 5         |             |          |
|       | 5.2.3. ตัวชี้วัดเขต  | 2         |             |          |
|       | 5.2.4. ตัวชี้วัดจังหวัด  | 2         |             |          |
|       | 5.2.5. ตัวชี้วัดอำเภอ  | 1         |             |          |
|       | 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้   | 5         |             |          |
|       | 5.3.1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย  | 2         |             |          |
|       | 5.3.2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน | 1         |             |          |
|       | 5.3.3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัยจนนำไปสู่การดูแลตนเองได้  | 2         |             |          |



## ตัวอย่างการคิดคะแนน

| ลำดับ | เกณฑ์  | ตัวอย่างการคิดคะแนน (เกณฑ์ละ 80%) |             |        |         |          |               |
|-------|--|-----------------------------------|-------------|--------|---------|----------|---------------|
|       |  | คะแนนเต็ม                         | คะแนนที่ได้ | ร้อยละ | น้ำหนัก | คะแนนรวม | น้ำหนักที่ได้ |
| 1     | หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี                                    |                                   |             |        |         |          |               |
|       | 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมภิบาล  | 14                                | 12          | 85.71  | 10      | 857.14   | 8.57          |
|       | 1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ   | 4                                 | 4           | 100.00 | 5       | 500.00   | 5.00          |
|       | 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ  | 282                               | 260         | 92.20  | 15      | 1,382.98 | 13.83         |
| 2     | หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | 10                                | 9           | 90.00  | 10      | 900.00   | 9.00          |
| 3     | หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  | 10                                | 8           | 80.00  | 10      | 800.00   | 8.00          |
| 4     | หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย             |                                   |             |        |         |          |               |
|       | 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)                             | 7                                 | 7           | 100.00 | 5       | 500.00   | 5.00          |
|       | 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่ )                          | 14                                | 13          | 92.86  | 15      | 1,392.86 | 13.93         |
|       | 4.3 การบริการในชุมชน   | 9                                 | 8           | 88.89  | 10      | 888.89   | 8.89          |
| 5     | หมวด 5 ผลลัพธ์   |                                   |             |        |         |          |               |
|       | 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)                 | 15                                | 13          | 86.67  | 10      | 866.67   | 8.67          |
|       | 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)  | 20                                | 18          | 90.00  | 5       | 450.00   | 4.50          |
|       | 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้                             | 5                                 | 5           | 100.00 | 5       | 500.00   | 5.00          |
|       | รวม  | 390                               | 357         |        | 100     | 7,221.87 | 90.39         |



## บทที่ 4

### แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

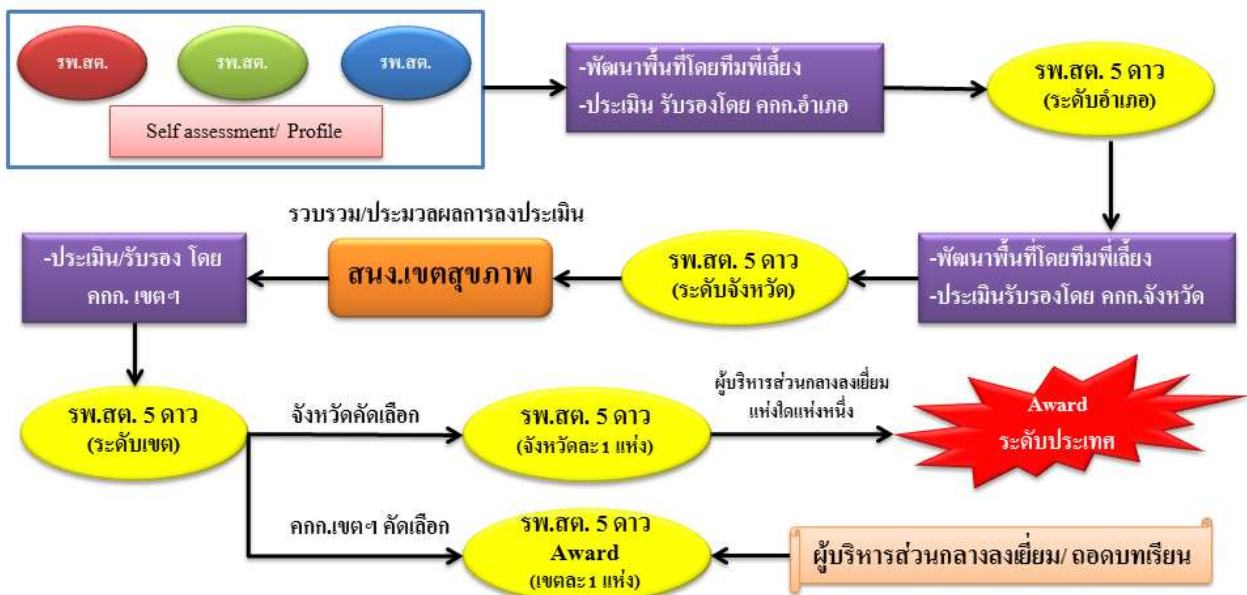
การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีตัวชี้วัด คือ ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

โดยในปีงบประมาณ 2560 มีเป้าหมาย คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 10

รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้

1. คะแนนรายหมวด มากกว่า ร้อยละ 80
2. คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่า ร้อยละ 90

### กระบวนการประเมิน



### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
2. ชี้แจงและทำความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
3. เตรียมทีมผู้ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเป็นที่เล็งระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
4. พัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์คุณภาพฯ โดยที่เล็งระดับอำเภอ/ จังหวัด
5. ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง ระดับอำเภอ/ จังหวัด/ เขต
6. รับรองผลโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ
7. รับรางวัลระดับประเทศ ถอดบทเรียน เข้มข้นชื่นชมโดยผู้บริหาร

หลังจากชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว พื้นที่ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ประเมินตนเอง และพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมที่เล็งระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐาน จากนั้น ประเมินและรับรองโดยคณะกรรมการ(คกก.) อำเภอ ส่งผลการประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ให้คกก.จังหวัดประเมินและรับรอง ส่งผลการประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ให้ คกก.เขต ประเมินและรับรองอีกครั้ง เขตจะส่งผล รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ที่ได้รับการรับรองจากเขต ให้ คกก.จังหวัด คัดเลือก รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ 1 แห่ง รับรางวัลระดับประเทศ จากนั้น คกก.เขตเลือกตัวแทน 1 แห่ง จาก รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ที่ได้รับรางวัลระดับประเทศของแต่ละจังหวัด เพื่อให้ผู้บริหารจากส่วนกลางเข้มข้นชื่นชมและถอดบทเรียนเพื่อ การพัฒนาระดับประเทศต่อไป







ที่ ๓๑๒๕ / ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ได้กำหนดเป้าประสงค์การพัฒนาคุณภาพอำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบบริการ การบริหารจัดการและวิชาการด้วยกลไกบริหารยุทธศาสตร์แบบครบวงจร รวมทั้งกำหนดแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ให้มีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจัดระบบบริการให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และเป็นเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่พึงพอใจได้รับการที่มีคุณภาพ ทั้งถึงและเป็นธรรม

ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ อำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว จึงขอยกเลิกคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๗๗๕/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการบางท่าน และ แต่งตั้ง คณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยมีองค์ประกอบ และอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- ๑) นายพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕ ประธาน
- ๒) นายอิทธิพล สูงแข็ง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗ รองประธาน
- ๓) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๔) ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๕) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๖) นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คณะทำงาน
- ๗) นายปรารถนา ประสงค์ดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ฉะเชิงเทรา คณะทำงาน
- ๘) นายสุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คณะทำงาน  
จังหวัดอุดรธานี
- ๙) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี คณะทำงาน
- ๑๐) นายธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ คณะทำงาน  
จังหวัดอุทัยธานี
- ๑๑) ผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คณะทำงาน
- ๑๒) ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย คณะทำงาน
- ๑๓) ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย คณะทำงาน



- ๑๔) นายกสมาคมหมอนามัย คณะทำงาน
- ๑๕) นายกสมาคมชมรมสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๑๖) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ประเทศไทย) คณะทำงาน
- ๑๗) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
สายเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน (ประเทศไทย) คณะทำงาน
- ๑๘) เลขธิการชมรมนักวิชาการสาธารณสุข (ประเทศไทย) คณะทำงาน
- ๑๙) ประธานชมรมพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งประเทศไทย คณะทำงาน
- ๒๐) นางสาวพิชญกานต์ สุกุลพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน  
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
- ๒๑) นางชูลีพร แคนสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน  
โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
- ๒๒) นางพัศตร์พิมล หาญรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า  
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
- ๒๓) นางสาวฐานิตา พลชม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง  
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
- ๒๔) นายปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร คณะทำงานและเลขานุการ
- ๒๕) นางสาวณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ คณะทำงาน  
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี และผู้ช่วยเลขานุการ
- ๒๖) นายสมชาย พรหมจักร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส คณะทำงาน  
จังหวัดสกลนคร และผู้ช่วยเลขานุการ
- ๒๗) นายทองดี มุ่งดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ คณะทำงาน  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และผู้ช่วยเลขานุการ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยให้คณะทำงานมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. วางแผนและกำหนดรูปแบบการตรวจประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (อำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว)
๒. ดำเนินการติดตามการตรวจประเมินตามแผน
๓. สรุปรายงานผลการตรวจประเมินให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
๔. แต่งตั้งคณะทำงานอื่น ๆ เพื่อปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
๕. ดำเนินการอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

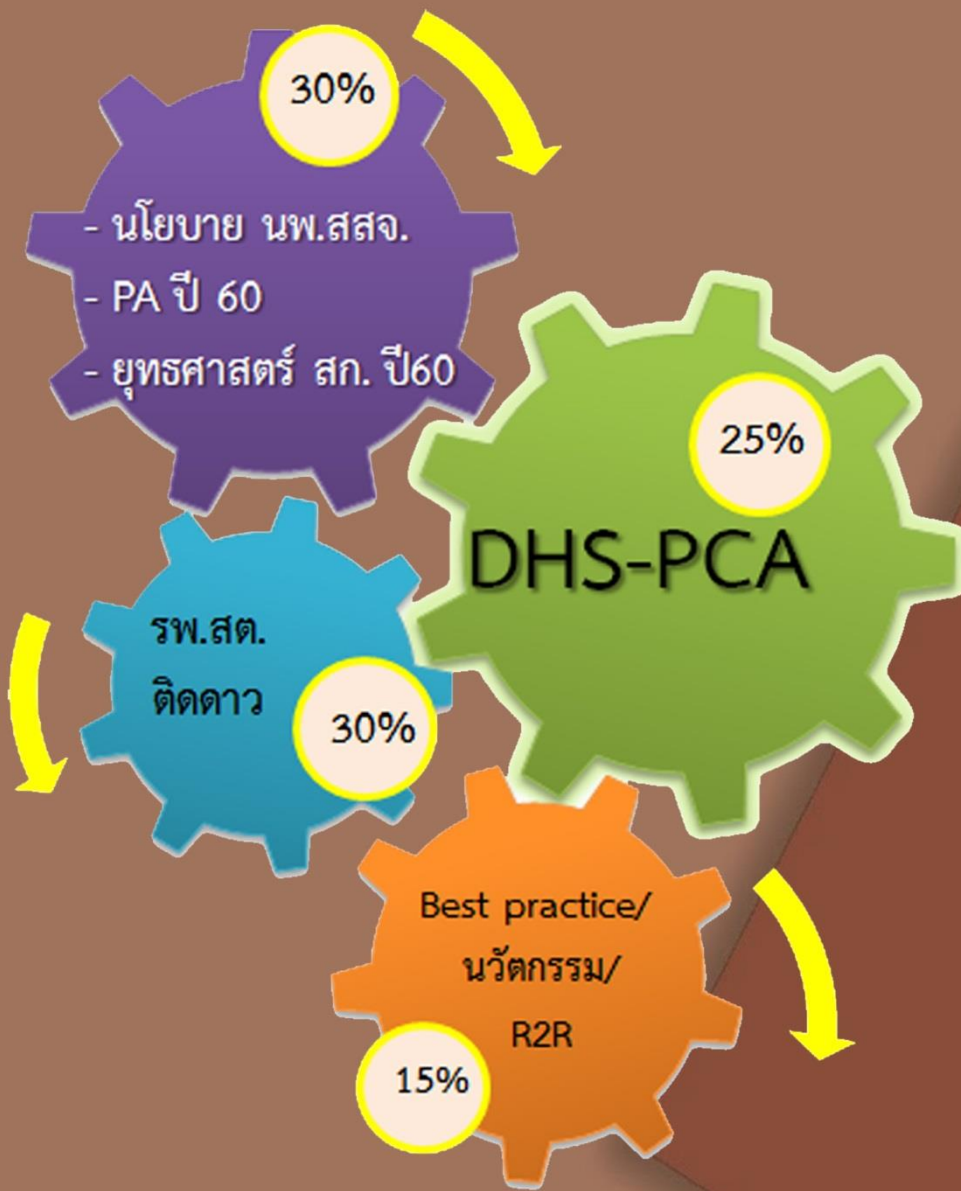


**รพ.สต.ติดดาว**



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
609 ม.2 ถนนสุวรรณศร ต.ท่าเกษม  
อ.เมืองสระแก้ว จ.สระแก้ว 27000  
โทร: 037 425 141-4 โทรสาร: ต่อ 100