

ลำดับ	กิจกรรม						หลักฐานประกอบ	ผู้รับผิดชอบ	คะแนนเต็ม	น้ำหนัก
1. นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข/ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสระแก้ว และนโยบายนายแพทย์ สสง.สระแก้ว										
น้ำหนักรวม ตัวชี้วัด										
1	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย							น.ส.ปวีณภัสสรร์ คล้าศิริ	15	4
	ตัวชี้วัดย่อย	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน				
	ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ	<50%	50-59%	60-69%	70-79%	≥80%	ข้อมูลจาก HDC		5	
	การติดตามพัฒนาการ	<60%	60-69%	70-79%	80-89%	≥90%	ทะเบียนติดตามพัฒนาการ		5	
	บริการกระตุ้นพัฒนาการ	ไม่มีบริการ แต่มีการส่งต่อ				มีบริการ			5	
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี						ข้อมูลจาก HDC	น.ส.ปวีณภัสสรร์ คล้าศิริ	5	4
	คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน				
	ร้อยละ	เพิ่มขึ้น 2 %	เพิ่มขึ้น 3 %	เพิ่มขึ้น 4 %	เพิ่มขึ้น 5 %	เพิ่มขึ้น 6 %				
3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี							น.ส.สุลิตันท์ เพ็ชรสมบัติ	5	2
	เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ผ่านเกณฑ์ 1 ซ้อย่อย ได้ 1 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 2 ซ้อย่อย ได้ 3 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 3 ซ้อย่อย ได้ 5 คะแนน						1.แบบประเมินตนเองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 2.รายงานผลงานผ่านโปรแกรม HDC			
	ตัวชี้วัดย่อย	ผ่าน		ไม่ผ่าน						
	3.1 อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	ผ่านเกณฑ์ประเมินจากศูนย์อนามัย		ยังไม่ประเมินหรือประเมินไม่ผ่านเกณฑ์						

	3.2 วัยรุ่นตั้งครรรค์ซ้ำ	ลดลงจากปีที่แล้ว	เท่ากับหรือเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว			
	3.3 อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี	ไม่เกิน 50 ต่อพัน	มากกว่า 50.01 ต่อพัน			
4	ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์			รายงานผลการประเมิน	นายจาตุรงค์ จันทร์เรือง	5 4.5
	ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 ได้ 5 คะแนน ร้อยละ 40 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 30 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 20 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 10 ได้ 1คะแนน					
5	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital					10 2.5
	๑. รพ.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน (วัดการดำเนินงานของ รพ.) ผ่านพื้นฐาน = 1 ไม่ผ่านพื้นฐาน = 0			แบบประเมิน GREEN&CLEAN Hospital	นายเอกชัย ทอมขึ้น	1
	๒. รพ.บันทึกข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของกรมอนามัย (วัดการดำเนินงานของ รพ.) ไม่มีบันทึกข้อมูล = 0 มีบันทึกข้อมูล มีความสมบูรณ์มากกว่า 60% = 0.5 มีบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ = 1			รายงานการบันทึกข้อมูลโปรแกรม carbonfootprin		1
	๓. ร้อยละ 100 ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมิน รพ. / รพ.สต.ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (วัดผลการดำเนินงานภาพรวมของเครือข่าย) ต่ำกว่า 80 = 0			เอกสาร/คำสั่ง/แผนงานสนับสนุน		2

	๔. ร้อยละ 75 ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospitalระดับพื้นฐาน ต่ำกว่า 64 = 0 65 - 74 = 1 74 - 84 = 2 85 ขึ้นไป = 3	แบบประเมิน GREEN&CLEAN Hospital		3	
	๕. ร้อยละ 75 ของ รพ. / รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการบันทึกข้อมูล carbonfootprint และบันทึกข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของกรมอนามัย ต่ำกว่า 64 = 0 65 - 74 = 1 74 - 84 = 2 85 ขึ้นไป = 3	รายงานการบันทึกข้อมูลโปรแกรม carbonfootprint		3	
6	การดำเนินงานของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนและตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health			400	3
	ระดับความสำเร็จของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอDHS (ระดับความสำเร็จของอำเภอบริหารจัดการให้เกิดการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน)		สุธี วรรณภา	100	
	ด้านที่ 1 มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ(10 คะแนน)	การประเมินโดยกรมการระดับจังหวัด อำเภอสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส โดยดูจากจากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน และเว็บไซต์ของสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค รายงาน และการประเมิน		10	
	ด้านที่ 2. มีคณะกรรมการการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ (10 คะแนน)			10	
	ด้านที่ 3 มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม			10	

ด้านที่ 4 มีผลสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (60 คะแนน)			
1. มีระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ (20คะแนน)		20	
2. มีผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2 โรค (บังคับวัดโรคทุกอำเภอ 1 โรค) และโรค/ภัยสุขภาพเป็นปัญหาในพื้นที่ 3 โรค (20 คะแนน)			
-โรควัดโรค		15	
-โรคคนโนบายอีก 1 โรค		10	
-โรคปัญหาของพื้นที่ โรคที่ 1		5	
-โรคปัญหาของพื้นที่ โรคที่ 2		5	
-โรคปัญหาของพื้นที่ โรคที่ 3		5	
ด้านที่ 5 มีผลงานเด่น (Best Practice) (๑๐คะแนน)			
1) มีนวัตกรรม กิจกรรมเด่น (๕ คะแนน)		5	
2) มีการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนาในปีต่อไป (๕ คะแนน)		5	
รวม		100	

สรุปคะแนนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

ผ่านเกณฑ์ร้อยละ	คิดตามสัดส่วนของตัวชี้วัดทั้งหมด	เต็ม %	ได้
๙๐.๐๐ - ๑๐๐.๐๐		๑๐๐	
๘๙.๙๙ - ๘๐.๐๐		๘๐	
๖๙.๙๙ - ๖๐.๐๐		๖๐	
๕๙.๙๙ - ๕๐.๐๐		๔๐	
๔๙.๙๙ - ๕๐.๐๐		๒๐	
ต่ำกว่า ๔๙.๙๙		๐	

ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)	ประวิทย์ คำนึ่ง	100	
เกณฑ์การประเมิน ระดับตำบล	การประเมิน , ตำบลสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส		

ด้านที่ 1 ศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล (10 คะแนน) 1.มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล (2 คะแนน) 2.มีคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล (8 คะแนน)	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง			
ด้านที่ 2 ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับตำบล (30 คะแนน) 1) มี SRRT One Health ระดับตำบล มีความพร้อมและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ(10) 2) มีระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและฐานข้อมูล ครบ 3 ด้าน ดังนี้ (10 คะแนน) 3) มีระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (10 คะแนน)	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง			
ด้านที่ 3 มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม (10 คะแนน)	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง			
1.มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผล การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (5 คะแนน)			5	
2.มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม (5 คะแนน)			5	
ด้านที่ 4 มีผลสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (30 คะแนน)	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง			
1) โรคนโยบายที่สำคัญของจังหวัดโรคพิษสุนัขบ้า (10 คะแนน)			10	
2) ให้ดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ (10 คะแนน)			10	
3) โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ด้าน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ปี 2560 อีก 1 โรค/ภัยสุขภาพ (10)			10	
ด้านที่ 5 มีผลงานเด่น (Best Practice) (20 คะแนน)	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง			
1) มีนวัตกรรม กิจกรรมเด่น ด้านสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล (10 คะแนน)			10	
2) มีการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนาในปีต่อไป (10 คะแนน)			10	
รวม			100	

นับจำนวนตำบลที่ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว

ร้อยละ 80 ของตำบลที่ดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	ประวิทย์ คำนี้ง	100.00	
ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	คิดตามสัดส่วนของตัวชี้วัดทั้งหมด	เต็ม %	ได้
ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป		100	

ร้อยละ 70.00-79.99				80	
ร้อยละ 60.00-69.99				60	
ร้อยละ 50.00-59.99				40	
ร้อยละ 40.00-49.99				20	
ต่ำกว่าร้อยละ 40.00				0	

7	ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง			100.0	3
	1.ระบบปฏิบัติการ(10 คะแนน)			10.0	
	1.1 จัดทำโครงสร้างระบบ ICS รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC) (5 คะแนน)	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบ ICS และศูนย์ EOC ระดับอำเภอ		5	
	1.2 จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ (5 คะแนน)	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ		5	
	2. EOC ระดับอำเภอ (15 คะแนน)			15	
	2.1 จัดเตรียมสถานที่/อุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ EOC (5 คะแนน)	- มีห้อง EOC และเครื่องมือ/อุปกรณ์ จัดทำทะเบียนทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร อุปกรณ์สื่อสาร เครื่องมือ/อุปกรณ์ฉุกเฉิน ฯลฯ		5	
	2.2 จัดระบบเฝ้าระวังและรายงาน กรณีเกิดสาธารณภัย (5 คะแนน)	- flow chart SAT /ระบบเฝ้าระวังโรคระบาดและสาธารณภัย		5	
	2.3 มีแผนงานโครงการ EOC&SAT (5 คะแนน)	- แผนงาน/โครงการ		5	
	3 แผนงาน/โครงการ (15 คะแนน)			15	
	3.1 วิเคราะห์ และจัดลำดับสาธารณภัยที่เสี่ยงในพื้นที่ (2 คะแนน)	- แบบสรุปการวิเคราะห์สาธารณภัย		2	
	3.2 ทีม SAT ระดับอำเภอได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงาน/อบรมพื้นฐาน (3 คะแนน)	- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรมการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน		3	
	3.3 จัดทำแผนตอบโต้ฯ สาธารณภัยที่เสี่ยงในพื้นที่ (5 คะแนน)	- มีแผนตอบโต้ฯ กรณีที่เป็นสาธารณภัย		5	
	3.4 แผนประกอบกิจการ (5 คะแนน)	- มีแผนประกอบกิจการ		5	
	4. ผลงาน 40 คะแนน			40	
	4.1 ดำเนินการตามแผนงานโครงการจนแล้วเสร็จ (10 คะแนน)	- สรุปผลงานตามแผนงาน/โครงการ		10	

	4.2 การซ่อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ EOC & ICS ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ครั้ง (10 คะแนน)	-สรุปรายงานผลการซ่อมแผนเพื่อเปิด EOC ระดับอำเภอ		10	
	4.3 เปิดศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ และจัดทำ Action Plan และดำเนินการตอบโต้ฯ (หรือกรณีไม่มีสาธารณภัยต้อง ซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณภัยในพื้นที่ 2 ครั้ง/ปี) (20 คะแนน)	- รายงานประชุมเปิด-ปิดแผนสาธารณภัย Action Plan หรือสรุปผลการซ่อมแผนฯ หรือสรุปผลการซ่อมแผนฯ กรณีไม่เกิด สาธารณภัยในพื้นที่		20	
	5. ผลงานเด่น(20 คะแนน)			20	
	- มีนวัตกรรม Excellence OEC ระดับอำเภออำเภอ/วิชัย ฯลฯ (10 คะแนน)	- เอกสารเป็นรูปธรรม		10	
	- สรุปผลงาน/ถอดบทเรียน (10 คะแนน)			10	
ความสำเร็จในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ (CUP)				7	11
8	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ฐานข้อมูลจาก HDC	ภัฑรา กรองกาญจน์	1	4
	ผลงาน \geq ร้อยละ 40	1 คะแนน			
	35-39.99	0.5 คะแนน			
	< 35	0 คะแนน			
9	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ฐานข้อมูลจาก HDC	ภัฑรา กรองกาญจน์	1	
	ผลงาน \geq ร้อยละ 50	1 คะแนน			
	45-49.99	0.5 คะแนน			
	< 45	0 คะแนน			
10	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	43 เพิ่ม	ภัฑรา กรองกาญจน์	0.5	
	ผลงาน \leq ร้อยละ 40 ต่อแสนประชากร	0.5 คะแนน			
	40.01-44.99 ต่อแสนประชากร	0.25 คะแนน			
	> 45 ต่อแสนประชากร	0 คะแนน			
11	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	43 เพิ่ม	ภัฑรา กรองกาญจน์	0.5	
	ผลงาน ลดลงร้อยละ 1 ต่อแสนประชากรจากปี 2559	0.5 คะแนน			

	ลดลงร้อยละ 0.5-0.99 ต่อแสนประชากรจากปี	0.25 คะแนน			
	ลดลงร้อยละ 0.25-0.24 ต่อแสนประชากรจากปี	0 คะแนน			
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	จากรายงานรายไตรมาส	กัทธา กรองกาญจน์	0.5	
	ผลงาน \geq ร้อยละ 80	0.5 คะแนน			
	70-79.99	0.25 คะแนน			
	\leq 70	0 คะแนน			
13	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	ฐานข้อมูลจาก HDC	กัทธา กรองกาญจน์	1	
	ใช้ค่า Baseline data จังหวัด 69.47	ผลงาน \geq ร้อยละ 69	0.5 คะแนน		
	60-68.99	0.25 คะแนน			
	\leq 60	0 คะแนน			
14	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ	จากรายงานรายไตรมาส	กรองกาญจน์	0.5	3
	ผลงาน ลดลงร้อยละ 1 ต่อแสนประชากรจากปี 2559	0.5 คะแนน			
	ลดลงร้อยละ 0.5-0.99 ต่อแสนประชากรจากปี 2559	0.25 คะแนน			
	ลดลงร้อยละ 0.25-0.10 ต่อแสนประชากรจากปี	0 คะแนน			
	ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง Ultrasound ในกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี	โปรแกรม isan cohort/CASCAP	กัทธา	2	
	ผลงาน \geq ร้อยละ 80	2 คะแนน			
	70-79.99	1.5 คะแนน			
	60-69.99	1 คะแนน			
	50-59.99	0.5 คะแนน			
	50-59.99	0 คะแนน			

15	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)		รายงาน บสต.	กฤษฎณา สุวรรณณี	2	2	
	ผลงาน	≥ ร้อยละ 92					2 คะแนน
		89-91.99					1.5 คะแนน
		86-88.99					1 คะแนน
		83-85.99					0.5 คะแนน
		≤ 83					0 คะแนน
16	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต		43 แพ้ม และโปรแกรมซึมเศร้าโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	กฤษฎณา ปิยะมาศ	2	2	
	ผลงาน	≥ ร้อยละ 50					2 คะแนน
		47-49.99					1.5 คะแนน
		44-46.99					1 คะแนน
		41-43.99					0.5 คะแนน
		≤ 41					0 คะแนน
17	(FCT)ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอบรรเทา ได้รับดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0- 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				10	3	
	เกณฑ์ประเมินการดำเนินงานทีมหมอบรรเทา (Family Care Team)				44		
	1. ระบบส่งต่อ				4		
	1.1 มีผู้รับผิดชอบ ประสานการส่งต่อ (มีครบถ้วน 2 มีไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)		คำสั่ง เอกสาร โครงสร้าง		1		
	1.1 มี ระบบ Coordination (ระบบ ส่งต่อ) : มีการประสานงานส่งต่อ , (มีครบถ้วน 2 มีไม่		CPG แนวทางการส่งต่อ / ข้อมูลการส่งต่อ		2		
	1.2 มีการติดตามผล การรักษา, และวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อ		รายงาน/เอกสาร		1		
	2. โครงสร้างการดำเนินงาน				5		
	2.1 มีคณะกรรมการระดับอำเภอ โดย (มีคำสั่ง โครงสร้างการดำเนินงาน และมีกิจกรรม ได้ 2 คะแนน มีไม่ครบ 1 ไม่มี 0)		คำสั่งคณะกรรมการที่แสดงถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายทีม หมอบรรเทา		2		

2.2 มีผู้ประสานงานหลักทีมหมอบครว้ ของโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ	คำสั่ง/เอกสารมอบหมายงาน กิจกรรมดำเนินงาน ระบบข้อมูล		1	
2.3 มีการกำหนดทีมหมอบครว้ ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน พื้นที่และประชากร กลุ่มเป้าหมาย (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	รายชื่อทีมหมอบครว้ ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน พื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่รับผิดชอบ[2	
3. การจัดระบบบริการ			8	
3.1 มีฐานข้อมูลดูแลกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ถูกต้องเป็นปัจจุบัน ในภาพรวมของเครือข่าย (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ เด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ) ในพื้นที่ ที่เป็นปัจจุบัน	- ไฟล์ข้อมูล เอกสาร ผลการดำเนินงาน		2	
3.2 มีคู่มือ และCPG ในการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้	คู่มือ และCPG แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย		2	
3.3 สรุปรายงานผลให้บริการ ตามกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการฯ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ เด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ) ภาพรวมของเครือข่าย (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	เอกสารรายงาน/ฐานข้อมูล		2	
3.4 มีการคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (มีครบถ้วนชัดเจน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	ดูจากการสื่อสารข้อมูลสู่ ภาคส่วนต่าง ๆ เช่น วาระการประชุม ศูนย์ข้อมูล กระบวนการวางแผนฯ		2	
4. การพัฒนาบุคลากร			3	
4.1 มีการพัฒนาทักษะการดำเนินงานและและเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน (มีการพัฒนา	เอกสารการอบรม/การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลักฐานอื่น ๆ		3	
5. การสนับสนุน			2	
5.1 มีการสนับสนุนคู่มือ/แนวทาง/ชุดเครื่องมืออุปกรณ์ ให้กับเครือข่าย (มี เพียงพอ 2 มิไม่	คู่มือ/แนวทาง/ชุดเครื่องมืออุปกรณ์		2	
6. การติดตามประเมินผล			4	
6.1 มีระบบรายงานผลการดำเนินงาน (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	เอกสารรายงาน/ฐานข้อมูล		2	
6.2 มีการประเมินผลติดตามรักษาและเยี่ยมบ้าน กลุ่มเป้าหมาย (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	เอกสารรายงาน/ฐานข้อมูล		2	
7. การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย	เอกสาร/รายงาน/ไฟล์ข้อมูล		20	
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ = 100% ของผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่	ฐานข้อมูล/ รายงานผลการดำเนินงานของเครือข่ายบริการ /ข้อมูลแบบ			

	ร้อยละ 90ขึ้นไป = 5 ร้อยละ 80-89.99=4 ร้อยละ 70-79.99=3 ร้อยละ 60-69.99=2 ร้อยละ 50-59.99=1 น้อยกว่าร้อยละ 50=0		ประเมินผู้ป่วย รายกลุ่ม			
	ผลการดำเนินงานดูแลตามกลุ่มเป้าหมาย			การคิดค่าคะแนน		
	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนนที่ได้จากการประเมิน x 10 = ค่าคะแนนที่ได้จากการถ่วงน้ำหนัก	
	ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (5 คะแนน)			#DIV/0!	คะแนนเต็ม (46)	
	ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล (5 คะแนน)			#DIV/0!		
	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย			#DIV/0!		
	เด็ก อายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ (5 คะแนน)			#DIV/0!		
18	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน				นางกัญญา เทพรัตนะ นางสาวนุชรี บวงสวง	10 2.5
	A = เป้าหมาย (ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20) B = ผลงานที่ทำได้ (ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการแพทย์แผนไทย ใน รพ.สต.) C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน สูตรการคำนวณ = B * C / A (เท่ากับ B คูณ Cหารด้วย A)			ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่		
19	ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ในการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข			หมายเหตุ : เอกสารรายงานอาจเป็นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ได้	นางอรพิน ภัทรกรสกุล	5 4
	1.รพ. สสอ. มีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข (1 คะแนน)			1.เอกสารคำสั่ง	นางชุตติญา บุญพงษ์ไพศาล	
	2.รพ. สสอ.มีผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)			2.ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร		

	3.รพ. สสอ. มีการประเมิน Happy work place index (0.25 คะแนน)				
	4.มีการประเมิน Happy work life index (0.25 คะแนน)				
	5.มีแผนการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข (0.25 คะแนน)	3.แผนพัฒนาองค์กร			
	6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรที่มีความสุข (1 คะแนน)	4.รายงานผลการดำเนินงานตามแผน			
	7. มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work place index (0.5 คะแนน)	5.ผลการวิเคราะห์หลังประเมิน Happy work place index			
	8.มีผลการวิเคราะห์หลังจากประเมิน Happy work life index (0.5 คะแนน)	6.ผลการวิเคราะห์หลังประเมิน Happy work life index			
	9.มีรายงานการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)	7.รายงานการถอดบทเรียน			
	10.มีแผนการปรับปรุงการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข (0.5 คะแนน)	8.แผนพัฒนาปรับปรุงองค์กร			
20	คปสอ.มีกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK		นางอรพิน ภัทรรสกุล	5	4
	1.รพ. สสอ. มีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการกระบวนการสร้างค่านิยม MOPH-SK (1 คะแนน)	1.เอกสารคำสั่ง	นางชุตติญา บุญพงษ์ไพศาล		
	2 รพ. สสอ. มีสัญลักษณ์หรือป้ายข้อความพร้อมคำนิยามหรือหรือความหมายค่านิยม MOPH-SK ติดไว้ในที่มองเห็นได้ชัดเจน (1คะแนน)	2.ป้าย หรือสัญลักษณ์ข้อความ MOPH			
	3.รพ. สสอ. มีแผนดำเนินการสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.2 คะแนน)	3.แผนพัฒนา MOPH -SK			
	4.รพ. สสอ.ดำเนินการตามแผนสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.8 คะแนน)	4.รายงานผลการดำเนินงานตามแผน			
	5รพ. สสอ.รายงานผลการประเมินค่านิยม MOPH-SK รายบุคคล (1 คะแนน)	5.ผลการประเมินค่านิยม			
	6.รพ. สสอ.มีการถอดบทเรียน (0.5 คะแนน)	6.รายงานสรุปการถอดบทเรียน			
	7.รพ. สสอ.มีแผนปรับปรุงพัฒนาการสร้างค่านิยม MOPH-SK (0.5 คะแนน)	7.แผนพัฒนาค่านิยมรายบุคคล			
21	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		ผ่องใส ม่วงประเสริฐ	5	3.5
	รายงานครบถ้วนและทันเวลา รอบ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน=5 คะแนน	รายชื่อผู้ประสานงาน /รายงานผลการประเมิน Evidence-Based (EBIT) พร้อมหลักฐานเชิงประจักษ์ รอบ 3เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ครบถ้วนและทันเวลาที่กำหนด			
	รายงานครบถ้วนและทันเวลา รอบ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน = 4 คะแนน				
	รายงานครบถ้วนและทันเวลา รอบ 3 เดือน 6 เดือน =3 คะแนน				

	รายงานครบถ้วนและทันเวลา รอบ 3 เดือน = 2 คะแนน รายงานผู้ประสานงานตามแบบส่งทันเวลา = 1 คะแนน				
22	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรคุณธรรม สำนักงาน สาธารณสุข		ผ่องใส ม่วงประเสริฐ	5	2.5
	มีทั้ง 5 ข้อ = 5 คะแนน มีทั้ง 5 ข้อ = 5 คะแนน มี 3 ข้อ = 3 คะแนน มี 2 ข้อ = 2 คะแนน มี 1 ข้อ = 1 คะแนน	1.เชิงรูปธรรม (คำสั่งตรวจสอบภายใน/คำสั่งควบคุมภายใน/คำสั่งมอบหมายงาน (JOB)/Flow Chart /แผนการตรวจสอบภายในประจำปี/รายงานผลการตรวจสอบภายใน/รายงานควบคุมภายในส่งทันเวลา/รายงานติดตามความก้าวหน้าการควบคุมภายในรอบ 6 เดือน 12เดือน) 2.เชิงนามธรรม สรุปลงงาน/ภาพถ่าย/กิจกรรม (ประกาศอัตลักษณ์/ชมรมจริยธรรม/ชมรมคนรักดี/กิจกรรมสวดมนต์ / ฟังเทศน์/บวช/เมืองคนดี (หมู่บ้านศีลห้า)/การยกย่องคนดี			
23	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน		นายสุรชัย เทียมพูล	3.5	3.5
	1.กระบวนการของประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง น้ำหนัก คะแนน 2 คะแนน มีทั้ง 5 ข้อ = 2 คะแนน มี 4 ข้อ = 1.5 คะแนน มี 3 ข้อ = 1 คะแนน มี 2 ข้อ = 0.5 คะแนน มี 1 ข้อลงไป = 0 คะแนน	1.คำสั่งคณะกรรมการการเงินการคลังของเครือข่าย 2.คำสั่งคณะกรรมการจัดทำแผนทางการเงิน(Planfin)ของหน่วยบริการ 3.แผนทางการเงิน (Planfin) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานรายไตรมาส 4.เครื่องมือทางการเงินเพื่อเฝ้าระวังและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร 4.1 ดัชนี 7 ระดับ 4.2ดัชนี 7 ระดับพลัส		2	
	2.ผลลัพธ์การดำเนินงานระดับปัญหาทางการเงิน น้ำหนักคะแนน 1.5 คะแนน ระดับ 0 ได้ 1.5 ระดับ 1 ได้ 1.2 ระดับ 2 ได้ 1.0 ระดับ 3 ได้ 0.8 ระดับ 4 ได้ 0.6 ระดับ 5 ได้ 0.4 ระดับ 6 ได้ 0.2 ระดับ 7 ได้ 0.0 ผลรวม กระบวนการ + ผลลัพธ์ = คะแนนที่ได้	4.3 ค่ากลางของกลุ่มระดับรพ. 4.4 FAI รายไตรมาส 5. รายงานการประชุม Cfo หน่วยบริการ อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง		1.5	

24	ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 25			5	3.5
	เกณฑ์คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ร้อยละ 20 ลงไป = 5 คะแนน ร้อยละ 20.01 - 23.99 = 4 คะแนน ร้อยละ 24.00 - 26.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 27.00 - 29.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 30 ขึ้นไป = 1 คะแนน	ข้อมูลการตายกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย	ทรงพล เพี้ยเพ็งตัน		
25	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3		นายณัฐกริช โกมลศรี	3	2
	1 คะแนน = HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกันปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดัง	1.ดูจากใบประกาศรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาลโดย สรพ. 2.เอกสารของ รพ. ที่ขอการประเมินต่อ สรพ.			
	2 คะแนน = HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/การบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกิน หรือยื่นเอกสารขอรับการประเมินต่อสรพ.				
	3 คะแนน = HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน				
26	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล			100	2
	การตรวจสอบคุณภาพระบบบัญชี หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2560 ดำเนินการตรวจสอบโดย คณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัด โดยใช้เกณฑ์การ	แบบสรุปการตรวจสอบคุณภาพระบบบัญชี หน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2560	นางสาววารุณี วงศา		
	1.หมวดสินทรัพย์ (เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด)			10	
	2.หมวดสินทรัพย์ (ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล)			20	
	3.หมวดสินทรัพย์ (วัสดุคงคลัง)			15	
	4.หมวดสินทรัพย์ (สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน)			5	
	5.หมวดทุน (กำไรสะสมแก้ไขจากผิดพลาด / กำไรสะสมกองทุน UC ปีก่อน)			5	

	6.เจ้าหน้าที่การค้า/ค่าใช้จ่ายค้ำจ่าย/ใบสำคัญค้ำจ่าย /ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย			15	
	7.หมวดเงินกองทุนและเงินรับฝากต่างๆ			10	
	8.รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น			10	
	9.หมวดค่าใช้จ่าย			10	
27	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล				2.5
28	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)			1	1.5
	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ผ่าน ร้อยละ 52 = 1 ไม่ผ่าน ร้อยละ 52 = 0	วัดผลการดำเนินงานจากระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของสำนักทันตสาธารณสุข (ท.02)	ทพญเหมือนฝัน ตันเจริญ		
4. คปสอ.มีผลงานวิชาการที่นำสู่การพัฒนางานสาธารณสุข			นางอรพิน ภัทรกรสกุล	6	10
	1.โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่งมีรายงานการจัดทำ CQI (1 คะแนน)	1.เอกสารผลงานวิชาการ	นางชุตติญา บุญพงษ์ไพศา	1	
	2. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง มีเอกสารผลงานวิชาการ R2R (1 คะแนน)	2.บัญชีรายชื่อเจ้าของผลงานวิชาการ		1	
	3.โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง มีการนำเสนอและเผยแพร่ผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง (3 คะแนน) 3.1 ระดับอำเภอ (1 คะแนน) 3.2 ระดับจังหวัด (2 คะแนน) 3.3 ระดับเขต/ประเทศ (3 คะแนน)	3.วารสารที่ดีพิมพ์ ใบประกาศ รูปภาพ เล่มบทย่อยในเวทีวิชาการ หรืออื่นๆที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์		3	
	4. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่ง นำเสนอผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วได้รับรางวัลที่ 1 หรือที่ 2 หรือที่ 3 ในระดับจังหวัดขึ้นไป (1 คะแนน)			1	