

## มิติที่ 2

### การประเมินคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 2.1	อำเภอผ่านเกณฑ์ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ(DHS)					
คำนิยาม	อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน หมายถึง อำเภอที่มีระบบและกลไกการบริหารจัดการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทันสถานการณ์ วัดจากคุณลักษณะ 5 ด้าน					
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ ปี 2559 ตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละอำเภอ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. อำเภอประเมินตนเอง 2 รอบ มีนาคม, พฤษภาคม 2559 โดยใช้เกณฑ์ประเมินของกรมควบคุมโรค ปี 2558 ประเมินทางเว็บไซต์ สำนักจัดการความรู้ 2. สสจ. โดยงานควบคุมโรคติดต่อ ออกประเมินอำเภอที่ประเมินตนเองผ่าน เดือน พฤษภาคม 2559 3. สสจ. ร่วม สคร 11 ออกประเมินรับรอง (ประเมิน 30%) ที่ประเมินตนเองผ่าน มิย.-กค 2559					
แหล่งข้อมูล	สสอ. รพช. รพศ. รพสต.					
รายการข้อมูล 1	การประเมินตนเองของอำเภอ 2 รอบ (มีค ,พค.59)					
รายการข้อมูล 2	การประเมินรับรองโดย สสจ. สคร 11 นศ					
ระยะเวลาประเมิน	ครั้งที่ 1. มีค 59 2. พค. 59 3. มิย. 59					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง				
		2556	2557	2558		
	ร้อยละ	95.65 22 อ.	100 % 23 อ.	91.3 21 อ.		
วิธีการประเมินผล	1.อำเภอประเมินตนเอง ตามแบบประเมินกรมควบคุมโรค 2. สสจ./สคร.11 ออกประเมินรับรอง โดยใช้เกณฑ์ประเมิน กรมควบคุมโรค ปี 2558					
เกณฑ์การประเมิน	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ผ่าน/ไม่ผ่าน	-	-	-	-	ผ่าน
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล นายพิทยา แต่งเกลี้ยง ตำแหน่ง นวค.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 075-343409 มือถือ 08-40513135 กลุ่มงานควบคุมโรค e-mail : pit_taya_n@hotmail.com					

ตัวชี้วัดที่ 2.2	อำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อสำคัญของพื้นที่ได้ (ไข้เลือดออก)					
คำนิยาม	<p>1.ควบคุมโรคได้ หมายถึง ร้อยละ 70 ของตำบล ในแต่ละอำเภอ สามารถควบคุมโรคได้ ภายใน 2 รุ่น(2 เท่าของระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของโรค) ของการระบาดนับจากวันที่พบผู้ป่วยรายแรก ของแต่ละเหตุการณ์(ผู้ป่วยที่พบห่างกันเกิน 4 สัปดาห์ขึ้นไปให้ถือเป็นเหตุการณ์ใหม่)</p> <p>2.โรคติดต่อที่สำคัญหมายถึง โรคประจำถิ่นของประเทศไทย และมักพบการระบาดของโรคทุกปี ได้แก่ โรคไข้เลือดออก (2 รุ่นเท่ากับ 28 วัน)</p> <p>3.อำเภอ ได้แก่ ทุกอำเภอใน จังหวัดนครศรีธรรมราช 23 อำเภอ หมายเหตุ หากไม่มีการเกิดโรคในอำเภอตลอดทั้งปี ให้ถือว่าควบคุมโรคได้</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของตำบล ควบคุมโรคได้					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละอำเภอ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ (รายงานผ่านทางระบบรายงาน 506 จากสถานบริการสาธารณสุข มายังงานระบาดวิทยา สสจ.นศ.)					
แหล่งข้อมูล	รายงาน 506					
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง					
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506)					
เกณฑ์การให้คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลรายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา					
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>ชื่อ-สกุล นายพิทยา แต่งเกลี้ยง ตำแหน่ง นวค.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทร. 075-343409 มือถือ 08-40513135</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรค e-mail : <a href="mailto:pit_taya_n@hotmail.com">pit_taya_n@hotmail.com</a></p>					

ตัวชี้วัดที่ 2.3	SRRT ระดับอำเภอมีคุณภาพในการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคและกลุ่มอาการที่มีความสำคัญสูงระดับประเทศ
คำนิยาม	<p>1. การเฝ้าระวังโดยทีม SRRT ระดับอำเภอ หมายถึง ทีมมีการวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยา เพื่อตรวจจับการระบาดหรือแนวโน้มการระบาด จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ป่วย (รง.๕๐๖) และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>2. การสอบสวนและควบคุมโรคได้อย่างมีคุณภาพ หมายถึง ทีม SRRT อำเภอมีการสอบสวนควบคุมโรค/ภัย และกลุ่มอาการที่มีความสำคัญสูง ตามเงื่อนไขการออกสอบสวนโรคที่สำนักระบาดวิทยา กำหนดภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังรับแจ้ง รวมถึงเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง พิษจากสารเคมี เป็นต้น และสามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 50 ขึ้นไปของเหตุการณ์ โดยได้ผลตาม ข้อ ก. และข้ออื่น อีก 1 ข้อ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ควบคุมโรคสงบไม่เกิน Generation ที่ 2</li> <li>ข. หาสาเหตุได้ หรือยืนยันได้ด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือสรุปสาเหตุได้จากการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา</li> <li>ค. สามารถหาแหล่งโรคหรือรังโรค หรือที่มาของการระบาดได้</li> <li>ง. อธิบายการถ่ายทอดโรคได้</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ (ทีม SRRT ระดับอำเภอ มีคุณภาพในการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคและกลุ่มอาการที่มีความสำคัญสูงระดับประเทศ)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม SRRT ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประสานงานตัวชี้วัดจังหวัด จัดไฟล์เตอร์รับไฟล์รายงานหรือไฟล์นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากทีม SRRT ระดับอำเภอ และรับไฟล์รายงานการสอบสวนและกลุ่มอาการที่มีความสำคัญสูงระดับประเทศ แบบ Final report จากทีม SRRT ระดับอำเภอ
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทะเบียนรับแจ้งเหตุการณ์การระบาดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>2. ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย (รง. ๕๐๖) ของจังหวัด</li> <li>3. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ประจำเดือนของทีม SRRT ระดับอำเภอ</li> <li>4. รายงานสอบสวนโรคของทีม SRRT ระดับอำเภอ</li> </ol>
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบรายงานหรือไฟล์ที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยา และการตรวจจับการระบาด ซึ่งใช้ข้อมูลตามระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย (รง.๕๐๖) และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ เดือนละ 1 ครั้ง หากอำเภอใดมีหลักฐานอย่างน้อย 10 ครั้งในรอบ 12 เดือนย้อนหลังจากวันที่ประเมิน ถือว่าผ่านเกณฑ์การเฝ้าระวังที่มีคุณภาพ</li> <li>2. ตรวจสอบทะเบียนรับแจ้งเหตุการณ์ของจังหวัด และฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย (รง.๕๐๖) ของอำเภอที่จังหวัดได้รับ ว่ามีโรค/เหตุการณ์ใดต้องสอบสวนตามเงื่อนไข ที่กำหนดในมาตรฐาน SRRT หรือไม่* หากมีโรค/เหตุการณ์ ให้ติดตามรายงานสอบสวนโรคแบบ Final Report นำมาตรวจสอบคุณภาพ (ตามคำนิยามข้อ 2) ถ้าผ่านร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ถือว่าผ่าน</li> <li>3. การวัดผลให้ใช้ข้อมูลย้อนหลัง 12 เดือน นับจากวันที่ทำการตรวจสอบ</li> </ol>

	<p>4. ทีม SRRT อำเภอ ที่ประเมินแล้วไม่ผ่าน จังหวัดควรพัฒนาศักยภาพ และสามารถทำการประเมินใหม่ได้ ภายใน 15 กันยายน 2558</p> <p>5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลต่อสำนักงานเขตสุขภาพและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่รายไตรมาส โดยส่งภายในวันที่ 25 ของเดือนธันวาคม 2558 , มีนาคม 2559, มิถุนายน 2559 และกันยายน 2559</p> <p>6. ตัวอย่างการจัดทำสรุปรายงาน ประจำปี ไตรมาสที่ 3 ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2559</p> <table border="1" data-bbox="411 465 1439 1279"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>คุณภาพการเฝ้าระวัง</th> <th>ทีมมีคุณภาพการสอบสวนควบคุมโรค ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป</th> <th>สรุป</th> <th>วันที่ทำการตรวจสอบ</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ก.</td> <td>ผ่าน</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>๒๐ เม.ย. ๕๙</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ข.</td> <td>ผ่าน</td> <td>ผ่าน</td> <td>ผ่าน</td> <td>๓๑ มี.ค. ๕๙</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ค.</td> <td>ผ่าน</td> <td>ผ่าน</td> <td>ผ่าน</td> <td>๒๑ พ.ค. ๕๙</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ง.</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคตามเงื่อนไข*</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>๒๒ พ.ค. ๕๙</td> <td>รอตรวจรายงานสอบสวนโรคอีกครั้งภายใน ๑๕ ก.ย. ๕๙</td> </tr> <tr> <td>จ.</td> <td>ผ่าน</td> <td>ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคตามเงื่อนไข*</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>๒๒ มิ.ย. ๕๙</td> <td>รอตรวจรายงานสอบสวนโรคอีกครั้งภายใน ๑๕ ก.ย. ๕๙</td> </tr> <tr> <td colspan="3">รวมอำเภอที่ผ่าน</td> <td>๒</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ร้อยละของอำเภอที่ผ่าน = ๒/๕ * ๑๐๐ = ๔๐ %</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">สรุปสถานะตัวชี้วัดนี้ ณ ไตรมาส ๓ .....ไม่ผ่าน.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : * หากตรวจสอบแล้ว ไม่มีโรค/เหตุการณ์ที่ต้องสอบสวน จึงทำให้ไม่มีรายงานสอบสวนให้ตรวจสอบ ให้ขยายเวลาได้จนถึงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๘ เพื่อตรวจสอบใหม่ หากไม่มีจริง ๆ ถือว่าอำเภอนั้นผ่านเกณฑ์การสอบสวนควบคุมโรคได้</p>							อำเภอ	คุณภาพการเฝ้าระวัง	ทีมมีคุณภาพการสอบสวนควบคุมโรค ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	สรุป	วันที่ทำการตรวจสอบ	หมายเหตุ	ก.	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	๒๐ เม.ย. ๕๙		ข.	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	๓๑ มี.ค. ๕๙		ค.	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	๒๑ พ.ค. ๕๙		ง.	ไม่ผ่าน	ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคตามเงื่อนไข*	ไม่ผ่าน	๒๒ พ.ค. ๕๙	รอตรวจรายงานสอบสวนโรคอีกครั้งภายใน ๑๕ ก.ย. ๕๙	จ.	ผ่าน	ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคตามเงื่อนไข*	ไม่ผ่าน	๒๒ มิ.ย. ๕๙	รอตรวจรายงานสอบสวนโรคอีกครั้งภายใน ๑๕ ก.ย. ๕๙	รวมอำเภอที่ผ่าน			๒			ร้อยละของอำเภอที่ผ่าน = ๒/๕ * ๑๐๐ = ๔๐ %						สรุปสถานะตัวชี้วัดนี้ ณ ไตรมาส ๓ .....ไม่ผ่าน.....					
อำเภอ	คุณภาพการเฝ้าระวัง	ทีมมีคุณภาพการสอบสวนควบคุมโรค ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	สรุป	วันที่ทำการตรวจสอบ	หมายเหตุ																																																								
ก.	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	๒๐ เม.ย. ๕๙																																																									
ข.	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	๓๑ มี.ค. ๕๙																																																									
ค.	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	๒๑ พ.ค. ๕๙																																																									
ง.	ไม่ผ่าน	ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคตามเงื่อนไข*	ไม่ผ่าน	๒๒ พ.ค. ๕๙	รอตรวจรายงานสอบสวนโรคอีกครั้งภายใน ๑๕ ก.ย. ๕๙																																																								
จ.	ผ่าน	ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคตามเงื่อนไข*	ไม่ผ่าน	๒๒ มิ.ย. ๕๙	รอตรวจรายงานสอบสวนโรคอีกครั้งภายใน ๑๕ ก.ย. ๕๙																																																								
รวมอำเภอที่ผ่าน			๒																																																										
ร้อยละของอำเภอที่ผ่าน = ๒/๕ * ๑๐๐ = ๔๐ %																																																													
สรุปสถานะตัวชี้วัดนี้ ณ ไตรมาส ๓ .....ไม่ผ่าน.....																																																													
เกณฑ์การประเมิน	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																																							
	ผ่าน/ไม่ผ่าน	-	-	-	-	ผ่าน																																																							
เอกสารสนับสนุน	คู่มือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงล่าสุด ปี ๒๕๕๕ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค																																																												
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>ชื่อ-สกุล นายศุภโชค แก้วงาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทร. ๐๗๕-๓๔๓๔๐๙ ต่อ ๓๒๒ มือถือ ๐๘๑-๔๕๓๖๒๘๐</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรค e-mail : <a href="mailto:ch_kaewngam@hotmail.com">ch_kaewngam@hotmail.com</a></p>																																																												

<b>ตัวชี้วัดที่ 2.4</b>	<b>อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</b>					
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีการวินิจฉัย F32,F33,F34.1 F38 และ F39 การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่หลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ได้ว่าผลชัดเจน เช่นจิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการ					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 43					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นคนไทยทั้งหมดที่มีภูมิลำเนาอยู่ถาวรใน คาดประมาณการจากอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการสำรวจ คือ ร้อยละ 2.3 ของประชากร (ภาคใต้)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ดำเนินการสนับสนุนให้มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในทุกพื้นที่ทุกระดับ โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตและส่งผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าไปรับการบำบัด และดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม					
แหล่งข้อมูล	ผลงานการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากระบบรายงาน 43 แฟ้มและศูนย์สารสนเทศโรคซึมเศร้า					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มีมารับบริการตั้งแต่ปี 2552 สะสมมาถึงในปีงบประมาณ 2559 ที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการ					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่ได้จากคาดประมาณการความชุกและฐานประชากร 15 ปีขึ้นไป					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ตามระยะเวลาการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง			
			2556	2557	2558	
		ร้อยละ	20.43	26.22	33.43	
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายทุก 3 เดือน					
เกณฑ์การประเมิน	: ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	41	42	43	44	45
เอกสารสนับสนุน	ข้อมูลจาก Thaidepression.com และข้อมูลจาก 43 แฟ้ม					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางวิภาดา อัฐพร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มือถือ 081-9581510 โทรสาร: 075-343409 ต่อ 341 E-mail:aednapa@hotmail.co.th งานสุขภาพจิตและจิตเวช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช					
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					

<b>ตัวชี้วัดที่ 2.5</b>	<b>อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต</b>					
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F20-29 การเข้าถึงบริการ หมายถึง การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 55					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคจิตที่เป็นคนไทยทั้งหมดที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอนั้น ประเมินการจากอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคจิตคือร้อยละ 0.8 ของประชากร					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทุกระดับ ดำเนินการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และส่งต่อผู้ที่สงสัยว่าเป็น ผู้ป่วยโรคจิตไปรับการบำบัดรักษาในสถานบริการใกล้บ้าน 2. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แพ้ม และดูแลอย่างต่อเนื่อง					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคจิตในหน่วยบริการจากระบบรายงาน 43 แพ้ม					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยในปีงบประมาณ					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดที่ได้จากการประมาณความชุกและฐานประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ตามระยะเวลาการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง			
	-	ร้อยละ	2556	2557	2558	
			-	23.22	59.12	
เกณฑ์การประเมิน :	: ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	45	50	55	60	65
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายทุก 3 เดือน					
เอกสารสนับสนุน	ข้อมูลจาก <a href="http://sucidethai.com">sucidethai.com</a>					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางวิภาดา อัฐพร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มือถือ 081-9581510, โทรสาร: 075-343409 ต่อ 341 E-mail:aednapa@hotmail.co.th งานสุขภาพจิตและจิตเวช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช					
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					

ตัวชี้วัดที่ 2.6	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรค Autistic(F84)/ ADHD(F90.0)					
คำนิยาม	การเข้าถึงบริการ หมายถึง เด็กวัยเรียนได้รับการคัดกรองว่าแนวโน้มเป็นโรค Autistic/ ADHD ได้รับการช่วยเหลือ ดูแลรักษาด้วยการส่งเสริมพัฒนาการ หรือ ได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการ					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 15					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กวัยเรียนเด็กวัยเรียนได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับการอบรมให้ใช้แบบคัดกรองที่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับคัดกรองกลุ่มอาการออทิสติก มีคะแนนตามเกณฑ์ที่มีแนวโน้มเป็นโรคออทิสซึมหรือกลุ่มอาการออทิสติกทั้งหมดที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอนั้น					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ผู้ประสานการจัดเก็บข้อมูลของอำเภอนั้นๆสำรวจข้อมูลการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับการอบรมให้ใช้แบบคัดกรองที่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับคัดกรองกลุ่มอาการ Autistic/ ADHD 2.ผู้ประสานการจัดเก็บข้อมูลของอำเภอประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสถานบริการของอำเภอนั้นๆเพื่อส่งต่อ ผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรค Autistic/ ADHD และเข้าถึงบริการ การช่วยเหลือดูแลรักษา 3.ผู้ประสานการจัดเก็บข้อมูลของอำเภอนั้นๆรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ติดตามและรายงานผล					
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แฟ้ม					
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยโรค Autistic/ ADHD ทั้งรายการรายใหม่					
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยโรค Autistic/ ADHD คัดประมาณจากความชุกและฐานประชากรอายุไม่เกิน 2-5 ปี(ความชุกAutisticร้อยละ0.6)(ความชุกADHD ร้อยละ7)ฐานประชากรอายุไม่เกิน 6-15 ปี					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ตามระยะเวลาการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง			
	-	ร้อยละ	2556	2557	2558	
			-	-	55.29/7.67	
เกณฑ์การประเมิน	: ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	13	14	15	16	17
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากรายงานผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์ใฝ่ระวัง ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายทุก 3 เดือน					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวลลิตา เกศนาคินทร์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน: 075-343409 ต่อ 341 มือถือ 086-6826543 โทรสาร: 075-346940 E-mail: souwalux06@gmail.com					
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					

ตัวชี้วัดที่ 2.7	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการผู้ประสภาวะวิกฤต กลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิต					
คำนิยาม	<p>ผู้ประสภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ประสภภัยหรือบุคคลในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์วิกฤตที่จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต 5 กลุ่ม ที่ PM แจ้งเตือนและที่พื้นที่รายงานให้ PM ทราบ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบที่มีความพิการและทุพพลภาพ</li> <li>2. ครอบครัวของผู้เสียชีวิต (หน่วยการนับ นับการประเมินสมาชิกในครอบครัวเป็นราย)</li> <li>3. กลุ่มที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาและผู้ป่วยจิตเวชเดิมที่เคยได้รับการบำบัดรักษา (โดยประเมินจากBS4)</li> <li>4. เด็กที่ประสภภัย</li> <li>5. ผู้พิการและสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล</li> </ol> <p>การเข้าถึงบริการวิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ประสภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตและเยียวยาด้านจิตใจ อย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จะต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน หรือนานกว่าจะหมดความเสี่ยง</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประสภาวะวิกฤตทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในเหตุการณ์วิกฤตนั้น					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพศ/รพท/รพช สํารวจข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในเหตุการณ์วิกฤต</li> <li>- รพศ/รพท/รพช พัฒนาระบบประสาน ส่งต่อผู้ประสภาวะวิกฤตไปรับบริการ</li> <li>- รพศ/รพท/รพช รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ติดตามและรายงานผล</li> </ul>					
แหล่งข้อมูล	สถานบริการทุกระดับ					
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ประสภภัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในเหตุการณ์วิกฤต					
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ประสภภัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในเหตุการณ์วิกฤตที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ตามระยะเวลาการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง			
			2556	2557	2558	
	-	ร้อยละ	80	100	100	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากรายงานผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวัง					
เกณฑ์การประเมิน	: ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	70	75	80	85	90
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางมาริสา สึกเสื่อ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน: 075-343409 ต่อ 341 มือถือ 083-5967421 โทรสาร: 075-346940 E-mail: mrs-suk@ hotmail.com งานสุขภาพจิตและจิตเวช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช					
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					

<b>ตัวชี้วัดที่ 2.8</b>	<b>ตำบลต้นแบบ LTC บูรณาการ 5 กลุ่มวัย</b>												
คำนิยาม	<p><b>ตำบลต้นแบบ LTC บูรณาการ 5 กลุ่มวัย</b> หมายถึง ตำบลที่ดูแลทั้งผู้สูงอายุ เด็ก วัยรุ่น และวัยทำงาน โดยใช้กลยุทธ์แบบบูรณาการทั้งระบบสุขภาพอำเภอ DHS, ตำบลจัดการสุขภาพ, ทีมหมอครอบครัว FCT, พัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานต่อยอด อสม</p> <p><b>เป้าหมาย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มแม่และเด็ก : ดูแลเรื่องหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง และ ดูแลเรื่องพัฒนาการเด็กสมวัย</li> <li>2. กลุ่มวัยเรียน : ดูแลเรื่องสายตา, LD, IQ, EQ</li> <li>3. กลุ่มวัยรุ่น : ดูแลเรื่อง Teenage Preg. แอลกอฮอล์/ บุหรี่</li> <li>4. กลุ่มวัยทำงาน : ดูแลเรื่องเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไตวายเรื้อรัง (CKD)</li> <li>5. กลุ่มผู้สูงอายุ : ดูแลเรื่อง LTC</li> </ol>												
เกณฑ์เป้าหมาย	1 อำเภอ 1 ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ อำเภอละ 1 – 3 ตำบล												
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตำบลประเมินตนเองตามองค์ประกอบ</li> <li>- อำเภอประเมินพื้นที่ส่งรายงานให้จังหวัด</li> <li>- รวบรวมผลในภาพรวมจังหวัด</li> </ul>												
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฐานข้อมูลสุขภาพของบุคคลของคนในพื้นที่ ระดับตำบล</li> <li>- Health Data Center (การป่วย/ การส่งต่อ ระดับอำเภอ)</li> </ul>												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลต้นแบบ												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย												
สูตรการคำนวณ	$A/B \times 100$												
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ในไตรมาสที่ 1 และ 3												
เกณฑ์การให้คะแนน :													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย</td> <td>1 กลุ่มวัย</td> <td>2 กลุ่มวัย</td> <td>3 กลุ่มวัย</td> <td>4 กลุ่มวัย</td> <td>5 กลุ่มวัย</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	1 กลุ่มวัย	2 กลุ่มวัย	3 กลุ่มวัย	4 กลุ่มวัย	5 กลุ่มวัย
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย	1 กลุ่มวัย	2 กลุ่มวัย	3 กลุ่มวัย	4 กลุ่มวัย	5 กลุ่มวัย								
วิธีการประเมิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อำเภอคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย</li> <li>- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน</li> <li>- มีการดำเนินการเรื่องตำบลจัดการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน แลดูแลสุขภาพประชาชน 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ</li> </ul>												
หน่วยงานที่รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โทร./โทรสาร 075-343409-10 ต่อ 431												
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางกัญญาพัฒน์ สุจริตรางคกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หน่วยงาน : งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร. 075-343409-10 ต่อ 431 มือถือ : 083 – 1753261 Email: <a href="mailto:kanyaphatra09@gmail.com">kanyaphatra09@gmail.com</a>												

ตัวชี้วัดที่ 2.9	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ				
คำนิยาม	<p><b>ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ</b> หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (ไม่รวมโรงเรียนอนุบาลของรัฐสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและโรงเรียนอนุบาลเอกชน) โดยมีกระบวนการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน 6 ด้าน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ด้านบุคลากรมีความรู้และการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี</li> <li>2) ด้านการเจริญเติบโตของร่างกายการดูแลสุขภาพช่องปาก การจัดอาหารมื้อหลักมีคุณค่าทางโภชนาการและอาหารเสริมตามวัยสะอาดถูกหลักสุขาภิบาล</li> <li>3) ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัยตามเกณฑ์อายุโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก</li> <li>4) ด้านการจัดสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์เด็กเล็กสะอาด ปลอดภัย</li> <li>5) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในศูนย์เด็กเล็ก เช่น โรค มือ เท้า ปาก</li> <li>6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> </ol> <p><b>พร้อมทั้งบรรลุด้านผลลัพธ์ 4 ข้อ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เด็กมีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85) ตามแบบประเมิน DSPM</li> <li>2. เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)</li> <li>3. เด็กมีฟันน้ำนมผุ (ไม่เกินร้อยละ 57)</li> <li>4. เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข เพื่อประเมินและแก้ไขพัฒนาการ (ร้อยละ 100)</li> </ol> <p><b>ตามแบบประเมิน DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual)</b> หมายถึง คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่ใช้เพื่อการคัดกรอง พัฒนาการเด็กปฐมวัยเบื้องต้นและเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครอง ครอบครัว และ อสม. ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 3				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด(ไม่รวมโรงเรียนอนุบาลของรัฐสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและโรงเรียนอนุบาลเอกชน)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินผลข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลทะเบียนรายงานศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด (ไม่รวมโรงเรียนอนุบาลของรัฐสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและโรงเรียนอนุบาลเอกชน) ตามแบบสรุปลผลการประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง		
			2556	2557	2558
	65	ร้อยละ	60.05	70.24	70.24

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2559
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อำเภोजัดทำแผนบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก</li> <li>- ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในระดับอำเภอ</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบประเมินศูนย์เด็กเล็กตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในระดับอำเภอ</li> <li>- รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ระดับอำเภอ ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>- เขตพื้นที่สาธารณสุข 1-6 คัดเลือกและกำหนดศูนย์เด็กเล็กเป้าหมาย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสังกัดเทศบาล จำนวน 1 แห่ง สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ เพื่อเป็นต้นแบบศูนย์เด็กเล็กคุณภาพดีเด่นระดับจังหวัด</li> <li>- เขตพื้นที่สาธารณสุข 1-6 รวบรวมรายงานผลการคัดเลือกศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะกรรมการประเมินผลจังหวัดตรวจสอบประเมินศูนย์เด็กเล็กตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพตัวแทนระดับเขตพื้นที่ 1-6 อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบศูนย์เด็กเล็กคุณภาพยอดเยี่ยมระดับจังหวัด</li> <li>- จังหวัดรายงานผลการดำเนินงาน จัดทำฐานข้อมูล รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล โดยสรุปผลการดำเนินงานและจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในปีงบประมาณ 2559 ส่งหน่วยงานส่วนกลาง</li> </ul>
4	ผ่านขั้นตอนที่ 1 – 3 และอำเภอที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) ดีเด่นระดับเขตพื้นที่
5	ผ่านขั้นตอนที่ 1 – 3 และอำเภอที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) ยอดเยี่ยมระดับจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสมรธรรม จุลนวล , นายวรุณ ผดุงกิจตระกูล, นายสาโรจน์ ชีระกุล, นางกฤษณา สุตทองคง, นางสาวลักษณ เกศนาคินทร์, นางรัตนภรณ์ มังคะมณี โทรศัพท์สำนักงาน : 075-343409 ต่อ 431 Email : sm_tham27@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสมรธรรม จุลนวล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางรัตนภรณ์ มังคะมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน : 075-343409 ต่อ 431 Email : sm_tham27@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 2.10	ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก																																									
คำนิยาม	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคะแนนรวมแต่ละแผนกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ การนำองค์กร คุณภาพบริการแผนกฝาก คุณภาพบริการคลินิกเด็กดี ชมรมแม่และเด็ก และผลการดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ 3 ด้าน ได้แก่ <b>1.</b> ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 (ทั้งตำบล) <b>2.</b> อัตราเด็กอายุแรกเกิด- 6 เดือน เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนร้อยละ 50 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 ต่อปี (จากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา) <b>3.</b> เด็กแรกเกิด-2 ปี และ เด็ก 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยอย่างน้อยร้อยละ 85																																									
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 (ระดับ 5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40 )																																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการและพร้อมรับการประเมิน ทั้งที่เป็นรายใหม่และรายที่ถึงกำหนดประเมินซ้ำและไม่ถึงกำหนดประเมินซ้ำในปี 2559																																									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																																									
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																																									
รายการข้อมูล 1	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินทั้งหมด (สะสม+ ใหม่ + ผ่านประเมินซ้ำ)																																									
รายการข้อมูล 2	จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมดในเครือข่ายบริการ																																									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูลที่ 1 /รายการข้อมูลที่ 2 ) x 100																																									
เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ระดับคะแนน</th> <th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th>ขั้นตอนที่ 1</th> <th>ขั้นตอนที่ 2</th> <th>ขั้นตอนที่ 3</th> <th>ขั้นตอนที่ 4</th> <th>ขั้นตอนที่ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)					ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	1	✓					2	✓	✓				3	✓	✓	✓			4	✓	✓	✓	✓		5	✓	✓	✓	✓	✓
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																																									
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																					
1	✓																																									
2	✓	✓																																								
3	✓	✓	✓																																							
4	✓	✓	✓	✓																																						
5	✓	✓	✓	✓	✓																																					
โดยที่ :																																										
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2559																																									
1	- มีนโยบายโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กระดับเครือข่าย - มีส่วนร่วมความร่วมมือของหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ - มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับเครือข่ายบริการ (โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ )																																									
2	- เครือข่ายบริการ มีแผนงาน/โครงการอบรม เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (จนท. อสม. และภาคีเครือข่าย) แก่เครือข่ายบริการ - มีการประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก																																									

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2559				
3	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินผลตนเองตามแบบประเมินตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก - มีการประเมิน ติดตาม นิเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งผลการประเมิน รพ.สต. ให้จังหวัด				
4	ผลการประเมินระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 ของจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)				
5	ผลการประเมินระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ มากกว่า ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)				
หมายเหตุ ขั้นตอนที่ 4 และ 5 การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการระดับจังหวัด					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	10.71	ร้อยละ	10.71	10.71	10.71
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบกับเป้าหมาย				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสมรธรรม จุลนวล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางรัตนภรณ์ มังคะมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08-6479-3342 087-2790079 โทรศัพท์สำนักงาน : 075-343409 ต่อ 431 Email : sm_tham27@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสมรธรรม จุลนวล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางรัตนภรณ์ มังคะมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 08-6479-3342 087-2790079 โทรศัพท์สำนักงาน : 075-343409 ต่อ 431 Email : sm_tham27@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				

<b>ตัวชี้วัดที่ 2.11</b>	<b>รพช.ทุกแห่งผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</b>				
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่มีการจัดระบบบริการที่ได้มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ใน ๓ องค์ประกอบ คือ ๑) คุณภาพบริการแต่ละแผนกตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดดูแลสุขภาพมารดาและทารก การเลี้ยงดูบุตร อายุแรกเกิดถึง ๕ ปี และคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ๒) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลมารดาและทารก และ ๓) ผลการดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ ๔ ตัวชี้วัด ได้แก่ ผลการดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่เกิน ๓๐ : พันการเกิดมีชีพ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีละ ร้อยละ ๐.๕ (หรือไม่เกินร้อยละ ๗) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิม ร้อยละ ๒.๕ (หรือร้อยละ ๒๕) และเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ซึ่งมุ่งหวังให้แม่-ลูก ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด ลูกได้รับการเลี้ยงดู ให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย โดยแบ่งคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล สายใยรักแห่งครอบครัว เป็น ๓ ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ระดับทองแดง ผ่านเกณฑ์ &gt; 80 % ของแต่ละหน่วยบริการ (5 หน่วยบริการข้างต้น)</li> <li>ระดับเงิน ผ่านเกณฑ์ระดับทองแดงและมีชมรมแม่และเด็ก</li> <li>ระดับทอง ผ่านเกณฑ์ระดับเงิน และมีผลลัพธ์สถานะสุขภาพแม่และเด็กผ่านทุกข้อ</li> </ol>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่าน/ไม่ผ่าน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบการส่งรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว (ก-1, ก-2) ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา</li> <li>- คณะกรรมการระดับจังหวัดออกตรวจประเมิน</li> <li>- จังหวัดได้รับผลการประเมินและรับรองจากส่วนกลาง</li> </ul>				
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>- จังหวัดได้รับผลการประเมินและรับรองจากส่วนกลาง</li> </ul>				
รายการข้อมูล 1	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก				
รายการข้อมูล 2	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูลที่ 1 / รายการข้อมูลที่ 2) x 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง		
	100	ร้อยละ	2556	2557	2558
			100	100	-
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่ผ่าน และคะแนน 1 คือ ผ่าน ดังนี้					
	หน่วยวัด	0 คะแนน	1 คะแนน		
	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน		
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบกับเป้าหมาย				
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>นางสมรธรรม จุลนวล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 086-9582942 08-6479-3342 โทรศัพท์สำนักงาน:075-343409 ต่อ 431</p> <p>Email : sm_tham27@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p>				

ตัวชี้วัดที่ 2.12	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มี District Health System (DHS-PCA) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ				
คำนิยาม	<p>คำนิยาม ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน</p> <p><b>คุณภาพ</b> หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>2. มีการบูรณาการ แผนการจัดการใน 5 กลุ่มวัย และแผนที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ในบริบทของการบริการระดับปฐมภูมิ</li> <li>3. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute &amp; Chronic care ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง ential care เช่น อุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน Home care &amp; LTC บริการแพทย์แผนไทย สุขภาพจิตชุมชน การฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นต้น)</li> <li>4. มีระบบบริหารจัดการ การแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</li> </ol> <p><b>ระบบบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวมและต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพ</p> <p><b>ชุมชนและท้องถิ่น</b> หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p><b>อำเภอ</b> หมายถึง อำเภอที่มีโรงพยาบาล (รพศ,รพท,รพช) ไม่นับรวมอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาลในพื้นที่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์คุณภาพ				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง		
		ร้อยละ	2556	2557	2558
			25	65.22	80

เกณฑ์การประเมิน:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
มีการประเมินตนเอง โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS-PCA และมีแผนการดำเนินงาน	มีกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ตามบริบท ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง /อำเภอ	มีกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ตามบริบท ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง /อำเภอ	มีอำเภอที่ผ่าน DHS คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 85		
	<p>1. มีการประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS- PCA</p> <p>2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัย และการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)</p> <p>3. มีการดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่อง และมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ</p> <p>4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)</p> <p style="text-align: center;"><b>ระดับการให้คะแนน DHS - PCA</b></p>				
เกณฑ์การให้คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่านเกณฑ์ DHS-PCAระดับ3	3 หมวด	4 หมวด	5 หมวด	6 หมวด	7 หมวด
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) ฉบับประเทศไทย</p> <p>2. หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.)</p> <p>3. หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)</p>				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ระดับอำเภอทุกอำเภอ คุณกิริตา สุขเจริญ โทร 089-4698278				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช				
เอกสารสนับสนุน:	หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) ฉบับประเทศไทย				
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางกิริตา สุขเจริญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 089-4698278 E-mail: <a href="mailto:keeta.sook@gmail.com">keeta.sook@gmail.com</a>				

ตัวชี้วัดที่ 2.13	อำเภอที่สามารถจัดบริการได้ตามแผน Service plan ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำเนินการโดยกลไก DHS				
คำนิยาม	แผนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) คือ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค 10 สาขา (สาขาหัวใจ สาขาอุบัติเหตุ สาขามะเร็ง สาขาทารกแรกเกิด สาขา 5 สาขาหลัก สาขาจักษุ สาขาไต สาขาโรคไม่ติดต่อ สาขาจิตเวช สาขาทันตกรรม ) ที่จัดบริการดูแลประชาชนตามความจำเป็นด้านสุขภาพ เน้นการทำงานที่มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผสมผสานองค์รวมและประสานความร่วมมือทุกหน่วยงาน โดยประชาชนมีส่วนร่วม				
เกณฑ์เป้าหมาย	มีแผน DHS 5 เรื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีแผน Service plan ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำเนินการโดยกลไก DHS				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ด้านป้องกันโรค 10 สาขา โดย สสจ.				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนอำเภอที่มีแผนการจัดบริการได้ตามแผน Service plan ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำเนินการโดยกลไก DHS และมีผลสัมฤทธิ์ของแต่ละสาขา				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนอำเภอทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		2 เรื่อง	3 เรื่อง	4 เรื่อง	5 เรื่อง
เกณฑ์การให้คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่าน ระดับ 3 แต่ละประเด็นของ DHS : UCCARE	1 เรื่องใช้เกณฑ์ DHS ผ่านระดับ 3 ทั้ง 6 ประเด็น	2 เรื่องใช้เกณฑ์ DHS ผ่านระดับ 3 ทั้ง 6 ประเด็น	3 เรื่องใช้เกณฑ์ DHS ผ่านระดับ 3 ทั้ง 6 ประเด็น	4 เรื่องใช้เกณฑ์ DHS ผ่านระดับ 3 ทั้ง 6 ประเด็น	5 เรื่องใช้เกณฑ์ DHS ผ่านระดับ 3 ทั้ง 6 ประเด็น
วิธีการประเมินผล :	จำนวนอำเภอที่สามารถจัดบริการได้ตามแผน Service plan ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำเนินการโดยกลไก DHS และมีผลสัมฤทธิ์ของแต่ละสาขา				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นางกิริตา ศุขเจริญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 075 -343409 ต่อ 314, 089-4698278				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				

ตัวชี้วัดที่ 2.14	<p><b>ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ</b></p>
คำนิยาม	<p><b>ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ</b> หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกๆภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในด้านพัฒนาการเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p><b>มาตรฐานที่กำหนด</b> หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม แบ่งระดับมาตรฐาน เป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p><b>1) การพัฒนาที่มสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน)</b></p> <p>1.1 มีองค์ประกอบเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบลจากหลายภาคส่วน</p> <p>1.2 มีการสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกัน และบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน</p> <p>1.3 มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพตำบล ในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรืออื่นๆ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และใช้เกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพประกอบการพัฒนา</p> <p>1.4 มีการพัฒนาความรู้ อสม. ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ในด้านพัฒนาการเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่</p> <p>1.5 มีการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทุนของวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม)</p> <p><b>2) การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา)</b> (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานครบทุกข้อ)</p> <p>2.1 มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล</p> <p>2.2 มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน ร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบล โครงการและกิจกรรม และกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการของชุมชน</p> <p>2.3 มีการระดมทรัพยากร ทุน และภูมิปัญญาท้องถิ่นจากชุมชนมาใช้สนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้</p> <p>2.4 มีการสื่อสารแผนงาน/โครงการแก่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>2.6 มีการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม)</p>

<p><b>3) การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี)</b> (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานและระดับพัฒนาครบทุกข้อ)</p> <p>3.1 มีชุมชน/ท้องถิ่น/อสม.เป็นพลังสำคัญขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบล/โครงการ/กิจกรรมเชิงรุกในหมู่บ้าน/ชุมชน ในด้านพัฒนาการเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่อย่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ โดยมี อสม. แกนนำชุมชน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน</p> <p>3.2 มี อสม.นักจัดการสุขภาพ ที่ได้รับการอบรม และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ 20 ของผู้ได้รับการอบรม</p> <p>3.3 มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างน้อย ร้อยละ 70</p> <p>3.4 มีมาตรการทางสังคมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างน้อย 1 เรื่อง</p> <p>3.5 มีการรวมตัวของกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป เพื่อดำเนินการวิสาหกิจชุมชน(ผลิตสินค้า การให้บริการ หรืออื่นๆ)</p> <p><b>4) ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก)</b> (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับดี ครบทุกข้อ)</p> <p>4.1 มีข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าให้ชุมชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>4.2 มีกระบวนการติดตามและควบคุมกำกับ การบริหารจัดการ การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>4.3 มีการสรุปประเมินผล เพื่อปรับกระบวนการ/กิจกรรม/โครงการ</p> <p>4.4 มีผลลัพธ์ของการพัฒนา เช่น ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 70 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 70</p> <p>4.5 มีวิสาหกิจชุมชนพื้นฐาน (การดำเนินการเพื่อกิน เพื่อใช้ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดรายจ่าย เพิ่มรายรับ) อย่างน้อย 2 แห่ง/ตำบล</p> <p><b>5) ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม)</b> (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี และระดับดีมาก ครบทุกข้อ)</p> <p>5.1 มีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครู หรือวิทยากรกระบวนการ วิทยากรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน โรงเรียน อสม. ที่มีหลักสูตรเป็นไปตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชน และระหว่างชุมชน</p> <p>5.2 มีการสรุปบทเรียนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>5.3 มีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ การพัฒนาระหว่างชุมชนหรือตำบลอื่นๆ อย่างกว้างขวาง</p> <p>5.4 มีผลกระทบของการพัฒนาทำให้ปัญหาสุขภาพในด้านพัฒนาการเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ลดลง</p>
---

	5.5 มีวิสาหกิจชุมชนก้าวหน้า (การนำผลิตภัณฑ์ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ผลผลิตที่เหลือกินเหลือใช้ในชุมชน เข้าสู่ตลาดบริโภคโดยปรับปรุงคุณภาพผลผลิต ทึบต่อ การจัดการด้านการตลาดเพื่อให้สามารถแข่งขันได้) อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง					
เกณฑ์เป้าหมาย	ตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำบลเป้าหมายในปี 2559 จำนวน 116 ตำบล					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บันทึกข้อมูลในโปรแกรมตำบลจัดการสุขภาพทางเว็บไซต์ <a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a>					
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมายการพัฒนาปี 2559 ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้น					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง			
	ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้น)	ร้อยละ	2557 100 (46 ตำบล)	2557 100 (75 ตำบล)	2558 100 (85 ตำบล)	
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	60	65	70	75	80
วิธีการประเมินผล :	ส่วนกลาง : สุ่มประเมินผลในพื้นที่ จังหวัด : ประเมินผลตามเกณฑ์และเครื่องมือที่ส่วนกลางกำหนด					
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ 2. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนปี 2559 3. คู่มือวิทยากรที่เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดี เพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายกฤษฎา โยธารักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานสนับสนุนการสร้างสุขภาพภาคประชาชน สสจ.นครศรีธรรมราช เบอร์ติดต่อ มือถือ 080-1462569 E-mail <a href="mailto:krisda2525@gmail.com">krisda2525@gmail.com</a>					

ตัวชี้วัดที่ 2.15	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาด้านสุขภาพที่ผิดกฎหมาย				
คำนิยาม	โฆษณาด้านสุขภาพ หมายถึง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ และโฆษณาสถานพยาบาล การโฆษณาด้านสุขภาพที่ผิดกฎหมาย หมายถึง การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย หรือ ที่โอ้อวด เป็นเท็จ หรือเกินจริง				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สื่อโฆษณาที่ สถานที่ผลิตแพร่กระจายสื่อตั้งในอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แบบบันทึกผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอข้อ 3 2 แบบบันทึกการตรวจสอบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ/กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สสจ.นศ.				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโฆษณาด้านสุขภาพ เป็นไปตามกฎหมาย				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโฆษณาด้านสุขภาพ ทั้งหมดที่ตรวจสอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$				
ระยะเวลาประเมิน	1 ครั้ง/ปี				
วิธีการประเมินผล	สรุปผลการดำเนินการตรวจสอบโฆษณาแบบบันทึกผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-		ดำเนินการได้ระดับ 5 ตามที่กำหนด		
เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้					
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2559				
1	มีข้อมูลเกี่ยวกับสื่อในพื้นที่ เช่น สถานีวิทยุชุมชนในพื้นที่				
2	มีการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังโฆษณาด้านสุขภาพทางสื่อต่างๆ ที่สถานที่ผลิตแพร่กระจายสื่อตั้งในอำเภอ				
3	รวบรวมผลการดำเนินงานตามแบบบันทึกผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ ตามกำหนดเวลา (ไตรมาสที่ 3 )				
4	กรณี พบการโฆษณาเกินจริง ให้รวบรวมหลักฐาน เช่น ข้อความโฆษณา บันทึกเทปข้อความโฆษณาส่งกลุ่มงาน คบส.สสจ.นศ.				
5	การโฆษณาด้านสุขภาพ เป็นไปตามกฎหมาย ร้อยละ 80				
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล นางนิรมล ตันดิธรรม	ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการ		
	โทร. 075-343409 ต่อ 121		มือถือ 087-4735991		
	กลุ่มงาน/งาน คุ้มครองผู้บริโภค		e-mail : fdanakhon@gmail.com		

ตัวชี้วัดที่ 2.16	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประสานความร่วมมือ ส่งเสริม พัฒนาและเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>“สถานที่ผลิตอาหารเข้าข่าย Primary GMP” หมายถึง สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่าย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 342 พ.ศ.2555 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่าย</p> <p>“การดำเนินการประสานความร่วมมือ ส่งเสริม พัฒนาและเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด” หมายถึง การดำเนินการประสานความร่วมมือเพื่อส่งเสริมพัฒนาระหว่างพหุภาคี (สำนักงานเกษตรอำเภอและสำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ) ต่อสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ที่มีศักยภาพพร้อมที่จะพัฒนาและมีการผลิตเพื่อจำหน่ายสม่ำเสมอและเฝ้าระวังให้มีมาตรฐานการตรวจประเมินสถานที่ผลิตรวมแต่ละหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรงโดยใช้แบบตรวจประเมิน ตส.9 (55)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำรวจข้อมูลสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ในเขตที่รับผิดชอบที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายตามเกณฑ์ Primary GMP ตามเป้าหมายโดยใช้แบบตรวจประเมิน ตส.9 (55)</p> <p>- สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 342 พ.ศ.2555 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่าย</p> <p>- ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 367 พ.ศ.2557 เรื่องการแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ</p>				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช/ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่ายที่เข้าข่าย Primary GMP (ที่มีศักยภาพพร้อมที่จะพัฒนา และมีการผลิตเพื่อจำหน่ายสม่ำเสมอ)				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่ายที่เข้าข่าย Primary GMP ที่มีคะแนนตรวจประเมินสถานที่ผลิตไม่น้อยกว่าร้อยละ 60				
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$				
ระยะเวลาประเมิน	1 ครั้ง/ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง		
			2556	2557	2558
		ร้อยละ	83.33	72.90	64.58
วิธีการประเมินผล	การตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะบรรจุพร้อมจำหน่ายตามแบบตรวจประเมิน ตส.9 (55)				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
			ดำเนินการได้ระดับ 5 ตาม ที่กำหนด		

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้	
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2559
1	มีข้อมูล จัดทำทะเบียนเป็นปัจจุบันและกำหนดเป้าหมายสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ในเขตที่รับผิดชอบ
2	มีการดำเนินการประสานความร่วมมือ แนะนำ พัฒนา ส่งเสริม ตรวจสอบ ประเมินสถานที่ผลิตและมีการรายงานผลการดำเนินการตามกำหนดเวลา (ไตรมาส 3)
3	สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ตามเป้าหมาย ในเขตที่รับผิดชอบมีกระบวนการผลิตตามเกณฑ์ Primary GMP ร้อยละ 60
4	สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ตามเป้าหมาย ในเขตที่รับผิดชอบมีกระบวนการผลิตตามเกณฑ์ Primary GMP ร้อยละ 80
5	สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย Primary GMP ตามเป้าหมาย ในเขตที่รับผิดชอบมีกระบวนการผลิตตามเกณฑ์ Primary GMP ร้อยละ 100
เอกสารสนับสนุน	1.บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่เข้าข่าย Primary GMP (แบบ ตส.9 (55)) 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล นายกรวิช นวลแก้ว ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ โทร. 075-343409-121 มือถือ 092-2534886 กลุ่มงาน/งาน คุ้มครองผู้บริโภค e-mail : fdanakhon@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ 2.17	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเฝ้าระวังสารห้ามใช้ 5 ชนิดในอาหารและน้ำมันทอดซ้ำ				
คำนิยาม	<p>“การดำเนินการเฝ้าระวังสารห้ามใช้ 5 ชนิดในอาหารและน้ำมันทอดซ้ำ” หมายถึง การดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังสารห้ามใช้ 5 ชนิด ในอาหารและน้ำมันทอดซ้ำ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บอแรกซ์</li> <li>2. ฟอรัมาลิน</li> <li>3. สารฟอกขาว</li> <li>4. สารกันรา</li> <li>5. ยาฆ่าแมลง ในผัก 6 ชนิด ได้แก่ คะน้า กวางตุ้ง แดงกวาง ถั่วฝักยาว พริก และกะหล่ำปลี</li> <li>6. น้ำมันทอดอาหาร</li> </ol> <p>อาหารปลอดภัยจากสารห้ามใช้ 5 ชนิด หมายถึง อาหารที่ตรวจโดยชุดทดสอบแล้วไม่พบสารห้ามใช้ หรือพบในระดับปลอดภัย</p> <p>อาหารปลอดภัยจากน้ำมันทอดซ้ำ หมายถึง น้ำมันทอดอาหารจำหน่ายที่ตรวจโดยชุดทดสอบแล้วสารโพลาไรไม่เกิน 25 กรัม/100 กรัมของน้ำมัน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 97				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อาหารที่อาจปนเปื้อนสารห้ามใช้ 5 ชนิด โดยในการตรวจยาฆ่าแมลงในผัก 6 ชนิด ได้แก่ คะน้า กวางตุ้ง แดงกวาง ถั่วฝักยาว พริก และกะหล่ำปลีและน้ำมันทอดซ้ำจำหน่าย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แบบรายงานผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัยจากสารห้ามใช้ 5 ชนิด 2.แบบรายงานผลการตรวจน้ำมันทอดซ้ำ				
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนอาหารปลอดภัยจากสารห้ามใช้ 5 ชนิด และน้ำมันทอดซ้ำ				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนอาหารทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังสารห้ามใช้ 5 ชนิด และน้ำมันทอดซ้ำ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x100				
ระยะเวลาประเมิน	1 ครั้ง/ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	อาหารปลอดภัยจากสารห้ามใช้ 5 ชนิดและน้ำมันทอดซ้ำ	ร้อยละ	97	97	97
วิธีการประเมินผล	สรุปผลการตรวจสารห้ามใช้ 5 ชนิด และน้ำมันทอดซ้ำ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
	-		ดำเนินการได้ระดับ 5 ตามที่กำหนด		
เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจาก					
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2559				
1	มีโครงการหรือกิจกรรมในการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังสารห้ามใช้ 5 ชนิด ในอาหารและน้ำมันทอดซ้ำ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น				
2	มีการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังสารห้ามใช้ 5 ชนิด ในอาหารและน้ำมันทอดซ้ำ โดยชุดทดสอบเบื้องต้น				
3	มีการจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามกำหนดเวลา				
4	อาหารปลอดภัยจากสารห้ามใช้ 5 ชนิด และน้ำมันทอดซ้ำ ร้อยละ 90				
5	อาหารปลอดภัยจากสารห้ามใช้ 5 ชนิด และน้ำมันทอดซ้ำ ร้อยละ 97				
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล นางธารินี แก้วระจก ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ โทร. 075-343409 ต่อ 121 มือถือ 086-2725599 e-mail : <a href="mailto:fdanakhon@gmail.com">fdanakhon@gmail.com</a> กลุ่มงาน/งาน คุ่มครองผู้บริโภค				

ตัวชี้วัดที่ 2.18,2.19,2.20	<b>ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ที่ จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ</b>
คำนิยาม	<p>การให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัยประกอบด้วย</p> <p><b>2.18</b> รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์คุณภาพอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 วัน</p> <p><b>2.19</b> การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 5 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</li> <li>1.2) บริการชุดหินน้ำลายและ 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> <p><b>2.20</b> จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ (&gt;200 คนต่อ 1,000 ประชากร)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน รพ.สต. และ ศสม. ทั้งหมดเท่ากับ 256 แห่ง จำแนกเป็น จำนวน รพ.สต. เท่ากับ 253 แห่ง (ข้อมูล ณ 11 มี.ค. 2558) และ จำนวน ศสม. เท่ากับ 3 แห่ง (ข้อมูลปี 2558)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข/43 แฟ้ม
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

แหล่งข้อมูล	1. ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ 43 แฟ้ม รายนรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ ( <a href="http://hdcservice.moph.go.th">http://hdcservice.moph.go.th</a> ) และ 2. รายงานผลการจัดบริการและการสนับสนุนใน รพ.สต.ของทีมงานทันตสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพตามเกณฑ์ครบทั้ง 3 องค์ประกอบ					
รายการข้อมูล 2	จำนวน รพ.สต. และ ศสม. ทั้งหมดเท่ากับ 256 แห่ง					
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2 x 100					
ความถี่ในการจัดเก็บ	การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง					
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
ตัวชี้วัดที่	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
2.18	ร้อยละ	35	40	45	50	55
2.19	ร้อยละ	35	40	45	50	55
2.20	ร้อยละ	35	40	45	50	55
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสาน/โทรศัพท์	1. ทันตแพทย์สำราญ ปิตากุลดิลก : ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 08 6565 4333, 0 7534 3409-10 ต่อ 441 โทรสาร : 0 7534 3406 E-mail : sumran2550@gmail.com 2. นางจิราพร คงทอง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 08 8751 1723, 0 7534 3409-10 ต่อ 441 โทรสาร : 0 7534 3406 E-mail : jirapornna@gmail.com					
หน่วยงานบันทึกข้อมูล	รพ.สต. และ ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์					

ตัวชี้วัดที่ 2.21	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CKD				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CKD หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน (รหัส E10-E14) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (รหัส I10 – I15) ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีสัญชาติไทยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type 1 , 3)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยบริการบันทึกการรับบริการติดตามของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม Chronic FU</li> <li>2. บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในแฟ้ม Lab FU ในโปรแกรมของหน่วยบริการ</li> <li>3. ส่งออกข้อมูลให้จังหวัด พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลโดยผู้ส่งข้อมูล ผู้ให้บริการในคลินิก และผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลของห้องปฏิบัติการ</li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	สสจ.ดึงข้อมูลจาก 43 ของหน่วยบริการ แฟ้ม Chronic Chronic FU และ Lab FU โดยใช้ Labtest12 (microalbumin) หรือ Labtest14 (macroalbumin) และ Labtest11 (creatinine) หรือ Labtest15 (eGFR)				
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีสัญชาติไทย ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type 1 , 3) ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง และได้รับการคัดกรอง CKD				
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีสัญชาติไทยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type 1 , 3) ทั้งหมดที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง				
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	$A/B \times 100,000$				
ระยะเวลาการประเมิน	ติดตามทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	86	88	90	92	94
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางสาวณฤมล แซ่ลู่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0812734813				

ตัวชี้วัดที่ 2.22	<b>รพศ. รพท. และ รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ</b>
คำนิยาม	<p><b>คลินิก NCD คุณภาพ</b> หมายถึง เครือข่ายของคลินิก/คลินิก/ศูนย์บริการในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุม และดูแล จัดการโรคเรื้อรังทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย</p> <p>โดยการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในสถานพยาบาล มุ่งเน้นคลินิก /ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคกลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคร้ายหลัก ช่างต้น มีการลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษาควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแล ที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายบริการ องค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีทิศทางและนโยบาย</li> <li>2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ</li> <li>3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน</li> <li>4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง</li> <li>5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ</li> <li>6) มีระบบสารสนเทศ</li> </ol> <p><b>เกณฑ์ผลลัพธ์เพื่อการรักษาดูแลผู้ป่วย</b> ผู้รับผิดชอบคลินิก NCD ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง ลดโอกาสเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ละมีความเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาในการรักษาร้อยละ 50</li> <li>2) การคัดกรองการสูบบุหรี่</li> <li>3) การคัดกรองภาวะซีมเศร้า ประเมินภาวะเครียดและการติดสุรา</li> <li>4) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดีตามเป้าหมายในแต่ละระยะของโรค</li> <li>5) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า</li> <li>6) คุณภาพการดูแลรักษา/ส่งผลต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และ/หรือมีปัญหาการควบคุมไม่ได้ติดตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องติดกัน สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตเสื่อม</li> <li>7) ลดการนอนโรงพยาบาลไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า(unexpected admission rate)</li> <li>8) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง</li> <li>9) ลดอัตราการเสียชีวิต ที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรัง</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่าน/ไม่ผ่าน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.เครือข่ายละ 2 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทุกเครือข่ายประเมินตนเอง ครั้งที่ 1 ภายในเดือนธันวาคม</li> <li>2. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัดประเมินเครือข่ายที่ยังไม่ได้รับการประเมินรับรองจากคณะกรรมการระดับเขตฯ ภายในกุมภาพันธ์</li> <li>3. คณะกรรมการประเมินระดับเขต ประเมินรับรองเครือข่ายที่ยังไม่ผ่านการประเมินรับรอง ภายในเดือนเมษายน 2559</li> <li>4. ทุก รพ.สต.เพื่อดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพคลินิก NCD รพ.สต. และเครือข่ายประเมินรับรองผ่านเกณฑ์อย่างน้อยเครือข่ายละ 2 แห่ง</li> </ol>				
การประเมินผล	ประเมินผลทั้งกระบวนการ 6 องค์ประกอบในภาพรวมเครือข่าย และผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วย การประเมินรับรองในระดับเขต ให้โรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มประเมินนำเสนอความเชื่อมโยงในการจัดการภาพรวมเครือข่ายทั้ง 6 องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของทุกกิจกรรมตามตัวชี้วัด				
แหล่งข้อมูล	จากการรายงานของหน่วยบริการ และคณะกรรมการประเมิน				
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/-2 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
หน่วยวัด	0 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	ไม่ผ่าน				ผ่าน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางมันทนา เฮ่าตระกูล โทร 0842415588 นางสาวนฤมล แซ่ลู่ โทร 0812734813				

ตัวชี้วัดที่ 2.23	ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.72 m <sup>2</sup> /yr				
คำนิยาม	<p>- eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine โดยใช้สมการ CKD – EPI</p> <p>- ผู้ป่วย CKD หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N181-184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมี eGFR ≥ 15) หรือ E102 E112 E122 E132 E142 หรือ I12* I13* I151 ที่มี eGFR ≥ 15 และนับคนไม่ซ้ำในปีงบประมาณ โดยมีวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด เพื่อประเมินความสำเร็จในการชะลอการเสื่อมไต</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	> 50% เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการตรวจเลือดของผู้ป่วย CKD ในแฟ้ม lab</p> <p>2. ผู้ดูแลตัวชี้วัดระดับกระทรวงเก็บข้อมูลแบบ real time จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ใน HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก (หากมีข้อแย้งว่าข้อมูลไม่ถูกต้องโปรดให้เหตุผลเพิ่มเติมประกอบ)</p> <p>3. การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR ต้องมี creatinine ≥ 2 ค่า หากมีการตรวจระดับ creatinine 1 ครั้ง จะไม่ประเมิน</p> <p><b>หมายเหตุ</b> คณะกรรมการ Service Plan NCD ระดับจังหวัด และอายุรแพทย์โรคไต กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลตรวจ creatinine ในผู้ป่วยที่มีภาวะ CKD Stage 4 และ 5 อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ทุกราย สำหรับ CKD Stage 3 ให้พิจารณาตามความเหมาะสม)</p>				
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม				
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วย CKD สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4				
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วย CKD สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า				
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	A x 100 / B				
ระยะเวลาการประเมิน	ทุก 3 เดือน (3, 6, 9, 12 เดือน) หรือทุกไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
หน่วยวัด	0 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	46	48	50	52	54
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางสาวนฤมล แซ่ลู่ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทร 0812734813				

ตัวชี้วัดที่ 2.24	โรงพยาบาลระดับ F1 ขึ้นไป มีคลินิกโรคไต (CKD Clinic คุณภาพ)
คำนิยาม	<p>คลินิกโรคไต (CKD Clinic) หมายถึง โรงพยาบาลในระดับ A S M และ F1 มีการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตโดยทีมสหวิชาชีพ และกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเป้าหมายแนวทางเวชปฏิบัติ คือ</p> <p><b>พยาบาลคลินิก :</b> ประเมินสภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ อาการและอาการแสดง ค่าความดันโลหิต ค่า BMI รอบเอว การใช้ยา การรับประทานอาการ การออกกำลังกาย และส่งข้อมูลของผู้ป่วยให้บุคลากรในทีมเพื่อการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p><b>แพทย์ :</b> รักษาผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ</p> <p><b>เภสัชกร :</b> ตรวจสอบวิธีการใช้ยาของผู้ป่วย และปรับตาม GFR สอนอ่านฉลาก หลีกเลี่ยงการใช้ NSAID กับผู้ป่วย</p> <p><b>โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร :</b> สอนการรับประทานอาหารสำหรับโรคไต อาหารโปรตีนต่ำ อาหารลดเค็ม</p> <p><b>นักกายภาพบำบัด :</b></p> <p><b>พยาบาลชุมชน (รพ. / รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน) :</b> ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p><b>โรงพยาบาล F2 และ F3</b> คัดกรองภาวะโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะ CKD stage 3 ไปยังโรงพยาบาลที่มีคลินิก CKD และผู้ป่วย CKD Stage 4 , 5 ไปยังโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์โรคไตเพื่อพิจารณาการดูแลรักษาผู้ป่วย และหน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อในแฟ้ม Refer</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่าน/ไม่ผ่าน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแฟ้มทะเบียน Chronic ของโปรแกรมหน่วยบริการ</li> <li>2. บันทึกข้อมูลการรับบริการใน</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	จากรายงาน / สสจ.ดึงข้อมูลผู้ป่วยจาก 43 แฟ้มของหน่วยบริการ
ระยะเวลาการประเมิน	ทุก 3 เดือน
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางมันทนา เฮ่าตระกูล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทร 0842415588

ตัวชี้วัดที่ 2.25	โรงพยาบาลในระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>รพ.ในระดับ F2 ขึ้นไป หมายถึง โรงพยาบาลที่จังหวัดกำหนดศักยภาพเป็นโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 และ F2</p> <p>Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่าน/ไม่ผ่าน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป รายงานความสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้</li> <li>2. โรงพยาบาลระดับ F3 (ถ้าพรอมรา) รายงานจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาโรงพยาบาลและได้รับการส่งต่อเพื่อรับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา</li> </ol>				
แหล่งข้อมูล	จากทุกเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
ระยะเวลาการประเมิน	ทุก 3 เดือน (3, 6, 9, 12 เดือน) หรือทุกไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง		
			2556	2557	2558
	จังหวัด = 26.32		21.05	21.05	26.32
	เขต 11 = 75.93				
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/-2 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้					
หน่วยวัด	0 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	ไม่ผ่าน				ผ่าน
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางมันทนา เฮ่าตระกูล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ				

ตัวชี้วัดที่ 2.26	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบควบคุม กำกับ การเก็บขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง				
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่ดำเนินการว่าจ้างเอกชนการจัดมูลฝอยติดเชื้อ ตั้งแต่การเก็บ ขน จนถึงขั้นตอนการกำจัดทำลาย ในการขนส่งเพื่อการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดทำลาย ณ สถานที่กำจัดทำลายนั้น โรงพยาบาลหรือผู้ว่าจ้างและเอกชนหรือผู้รับจ้างต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานในกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 รวมทั้งต้องดำเนินการตามกระบวนการกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องทุกขั้นตอน โดยโรงพยาบาลหรือผู้ว่าจ้างต้องดำเนินการกำกับหรือตรวจสอบอย่างเข้มงวดต่อเอกสาร/หลักฐาน ของเอกชนหรือผู้รับจ้างให้ถูกต้องตามคำสั่งกระทรวงที่ 1852/2546 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2556 เรื่อง กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจ้างเอกชนดำเนินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ				
เกณฑ์เป้าหมาย	มี/ไม่มี				
กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>สสจ. สํารวจ และจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผลสํารวจ รพ. ในระดับพื้นที่ (ไตรมาส 1 – 3) ข้อมูลการสํารวจ</p> <p>(1) จำนวนรพ.สธ. ที่มีการจ้างเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>(2) จำนวน รพ.สธ. ที่มีการจ้างเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (มีตช.01/1(สีฟ้า) และมีตช.01/2)</p> <p>(3)จำนวน อปท.(ที่รพ.ตั้งอยู่) มีเอกสารกำกับ การขนส่ง (มีตช.04)</p> <p>(4) จำนวน อปท.ที่มีสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อตั้งอยู่ มีการใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (มีตช.05)</p> <p>- ศอ. 1 -12 ติดตามรวบรวมข้อมูลผลการสํารวจจาก สสจ. เพื่อจัดเก็บในระบบฐานข้อมูล</p>				
<p><b>วิธีการประเมินผล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.มีการใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ(มี ตช.01/1 (สีฟ้า) และ ตช.01/2)</li> <li>- อปท. (ที่ รพ.ตั้งอยู่) มีการใช้เอกสารกำกับ การขนส่ง (มี ตช.04)</li> <li>- อปท.ที่มีสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อตั้งอยู่มีการใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (มี ตช.05)</li> <li>- รพ.มีฐานข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ที่ได้รับการควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อนอก รพ.ที่ถูกต้อง</li> </ul>					
เกณฑ์การประเมิน : วัดความสำเร็จจากการดำเนินการตามแนวทาง					
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มี/ไม่มี	-	-	-	-	มีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นายอนุกุล เพชรชนะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 075 343409 ต่อ 122 มือถือ 0817374985 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				

ตัวชี้วัดที่ 2.27	ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน (อาหารสะอาด รสชาติอร่อย Clean Food Good Taste = CFGT)					
คำนิยาม	ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐาน CFGT หมายถึง ร้านอาหารและแผง ลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยตามเกณฑ์ ร้านอาหาร 15 ข้อ แผงลอยจำหน่ายอาหาร 12 ข้อ หรือเกณฑ์มาตรฐานของท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนบริโภคอาหารที่ปลอดภัย					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
กลุ่มเป้าหมาย	ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประกอบกิจการ					
แหล่งข้อมูล	รพ./สสอ./คปสอ.					
สูตรการคำนวณ	$\frac{\text{ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน CFGT}}{\text{ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารทั้งหมด}} \times 100$					
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	70	75	80	85	90
ผู้รับผิดชอบระดับ จังหวัด	นายอนุกุล เพชรชนะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 075 343409 ต่อ 122 มือถือ 0817374985 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ					

ตัวชี้วัดที่ 2.28	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในรพศ./ รพท./ รพช./รพ.สต.
คำนิยาม	<p><b>ผู้รับบริการ</b> หมายถึง ประชาชนผู้มารับบริการโดยตรง ที่เป็นผู้ป่วย หรือญาติ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล/ ติดต่อบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p><b>ความพึงพอใจ</b> หมายถึง ความคิดเห็นของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ต่อการบริการที่ได้รับที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชปีงบประมาณ 2559 ใน 5 ประเด็นคำถาม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ความพึงพอใจด้านขั้นตอนการให้บริการมี 5 ข้อคำถาม</li> <li>2) ความพึงพอใจด้านการอำนวยความสะดวก มี 5 ข้อคำถาม</li> <li>3) ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มี 5 ข้อคำถาม</li> <li>4) ความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการมี 3 ข้อคำถาม</li> <li>5) ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการมี 6 ข้อคำถาม</li> </ol> <p><b>ระดับ</b> หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วย ต่อการบริการที่ได้รับที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยใน มี 4 ระดับ กำหนดระดับการให้คะแนนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจในบริการที่ได้รับ มาก</li> <li>2) คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ปานกลาง</li> <li>3) คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจในบริการที่ได้รับ เฉยๆ</li> <li>4) คะแนน 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ</li> </ol> <p>แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการผู้ป่วยนอก 1 ชุด มี 24 ข้อคำถามๆ ละ 4 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 96 คะแนน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราชไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</p> <p>เกณฑ์จำแนกระดับความพึงพอใจ</p> <p>ต่ำกว่า ร้อยละ 70 หมายความว่า ผู้รับบริการพึงพอใจน้อยมาก ต้องปรับปรุง</p> <p>ร้อยละ 70 – 79.99 หมายความว่า ผู้รับบริการพึงพอใจอยู่ในระดับพอใช้</p> <p>ร้อยละ 80 – 89.99 หมายความว่า ผู้รับบริการพึงพอใจอยู่ในระดับดี</p> <p>ร้อยละ 90 – 99.99 หมายความว่า ผู้รับบริการพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงเดือนมกราคม 2559 และช่วงเดือน มิถุนายน 2559 (ปีละ 2 ครั้ง)</p>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	พยาบาล และหรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย เก็บข้อมูลความพึงพอใจผู้รับบริการ ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการผู้ป่วยนอก และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยใน โดยการให้ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงเดือนมกราคม 2559 และช่วงเดือน มิถุนายน 2559 เป็นผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน ตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าว					
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช					
รายการข้อมูล	A = ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจจากแบบประเมินทุกชุดที่สมบูรณ์ B = จำนวนชุดแบบประเมินที่สมบูรณ์ B1 = คะแนนเต็มของแบบสอบถาม 1 ชุด					
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ = $A / (B \times B1) \times 100$					
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 2 ปีซ้อนหลัง			
			2557	2558	2559	
	1.ความพึงพอใจต่อบริการผู้ป่วยนอก 2. ความพึงพอใจต่อบริการผู้ป่วยใน	ร้อยละ ร้อยละ	84.26 83.79			
เกณฑ์การประเมิน: ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	81	83	85	87	89
วิธีการประเมินผล	การนิเทศงาน การตรวจราชการ					
เอกสารสนับสนุน						
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล นางอรพรรณ คงศรีชาย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 075 – 343409 ต่อ 323 มือถือ 084 – 3090478 ,086 – 4814336 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ e-mail : kukssj80@gmail.com					

ตัวชี้วัดที่ 2.29	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ตามมาตรฐาน												
คำนิยาม	<p><b>1. ผู้ป่วยนอกหมายถึง</b> ผู้ป่วยที่มารับบริการการตรวจรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและไม่รับบริการตรวจคัดกรอง</p> <p><b>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง</b> บริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>-การนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>-การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>-การหัดหม้อเกลือ</li> <li>-การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>-การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>-การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>-การให้คำแนะนำการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>-การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> <p><b>3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือกหมายถึง</b> บริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การฝึกสมาธิบำบัด - การฝังเข็ม -การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุล</li> <li>โครงสร้างร่างกาย โยมิโอพาธี</li> </ul> <p><b>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานหมายถึง</b> บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐหมายถึง</b> โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 18												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้มมาตรฐาน												
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (Service/Person/diagnosis_opd/drug_opd/procedure_opd/provider)												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ												
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
<p>เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="327 1816 1267 1921"> <tr> <td>หน่วยวัด</td> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> </tr> </table>		หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ร้อยละ	16	17	18	19	20
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
ร้อยละ	16	17	18	19	20								
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางสาวประทีปภัชวัล สุขสำราญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ งานแพทย์แผนไทยฯ												

ตัวชี้วัดที่ 2.30	ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร							
คำนิยาม	มูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพร หมายถึง มูลค่ายาจากสมุนไพรที่นำมาใช้ในการให้บริการทั้งการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ยาสมุนไพร หมายถึง ยาตำรับ ยาสมุนไพรเดี่ยว ที่มีการผลิตจากสมุนไพรเป็นหลัก มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด หมายถึง มูลค่ายาทั้งหมดที่นำมาใช้ในการให้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ							
เกณฑ์เป้าหมาย	รพศ./รพท.	ร้อยละ 1						
	รพช.	ร้อยละ 5						
	รพ.สต.	ร้อยละ 20						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 เพิ่มมาตรฐาน							
แหล่งข้อมูล	43 เพิ่ม (Service/Person/diagnosis_opd/drug_opd/procedure_opd/provider)							
รายการข้อมูล 1	A = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่แผนกผู้ป่วยนอก							
รายการข้อมูล 2	B = มูลค่าการใช้ยาทั้งหมดที่แผนกผู้ป่วยนอก							
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$							
เกณฑ์การประเมิน	สถานบริการ	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	รพศ./รพท.	ร้อยละ	-	-	1	2	3	
	รพช.	ร้อยละ	3	4	5	6	7	
	รพ.สต.	ร้อยละ	18	19	20	21	22	
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางสาวประทีปภัชวัล สุขสำราญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ งานแพทย์แผนไทยฯ							

ตัวชี้วัดที่ 2.31	ดัชนีผู้ป่วยใน(CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด					
คำนิยาม	CMI (Case Mix Index) หมายถึง ผลรวมค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว( Sum Adjusted Relative Weights: $\Sigma$ AdjRW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด					
เกณฑ์เป้าหมาย	1.รพศ.(A) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6 2.รพท.ขนาดเล็ก(M1) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.0 3.รพท.แม่ข่าย (M2) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.8 4.รพช.(F1-F3) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.6					
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครศรีธรรมราช ระดับโรงพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-โรงพยาบาลประมวลผลข้อมูลบริการ(Service Data) ประจำเดือนของปีงบประมาณ 2558 ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป มาตรวจสอบและวิเคราะห์ -โรงพยาบาลนำเข้าข้อมูลบริการ (Service Data) ผ่านทางเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข <a href="http://phdb.moph.go.th/hssd1">http://phdb.moph.go.th/hssd1</a> ปีละ 2 ครั้ง <u>ครั้งที่ 1</u> ส่งข้อมูลรอบ 6 เดือน (ตค.-มีค.) ภายในวันที่ 20 เมษายน 2558 <u>ครั้งที่ 2</u> ส่งข้อมูล 1 ปี (ตค.-กย.) ภายในวันที่ 20 ตุลาคม 2558 -สสจ. ดาวน์โหลดข้อมูล CMI จากเว็บ <a href="http://phdb.moph.go.th/hssd1">http://phdb.moph.go.th/hssd1</a> มาวิเคราะห์ในภาพรวมระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล CMI สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A= ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยในที่มี AdjRW น้อยกว่า 0.5					
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่า CMI = (A/C) ร้อยละ สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยใน ที่มี AdjRW น้อยกว่า 0.5 = (B/C) X 100					
เกณฑ์การประเมิน: วัดความสำเร็จการดำเนินงานแต่ละระดับสถานบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด						
หน่วยวัด	ระดับ รพ.	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ	รพศ.(A)	0.8	1.0	1.2	1.4	1.6
	M1	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0
	M2	-	0.2	0.4	0.6	0.8
	F1-F3	-	-	0.2	0.4	0.6
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	1.นางนพวรรณ พงศ์สวัสดิ์ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์สำนักงาน: 075-343409 ต่อ 321, 086-4765954 มือถือ 089-8739455 โทรสาร: 075-346940 Email : nawaphan9@gmail.com กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช					

ตัวชี้วัดที่ 2.32	โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA)						
คำนิยาม	<p><b>การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ</b> หมายถึง โรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลสิชล และโรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง พัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้มาตรฐาน Hospital Accreditation : HA ตามแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA หมายถึง โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมิน และรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยระบุอายุการรับรองไว้ในประกาศนียบัตร</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA						
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลส่งรายงานความก้าวหน้าพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชทุก 6 เดือน และรายงานความก้าวหน้าไปยังสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ภายใน 6 เดือน หลังได้รับการรับรอง จัดเก็บเอกสารจากหนังสือแสดงผลการประเมิน/ประเมินซ้ำ หรือการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)						
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)						
รายการข้อมูล 1	A=แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและผลการดำเนินงาน						
รายการข้อมูล 2	B=แผนและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100						
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 6 เดือน						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง				
			2556	2557	2558		
		ร้อยละ	31.57	47.36	68.42		
เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	เกณฑ์	0	1	2	3	4	5
	สถานะการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	หมดอายุการรับรองชั้นที่ 1,2,3และไม่อยู่ระหว่างกระบวนการขอต่ออายุ	ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานชั้นที่ 1	หมดอายุการรับรองในชั้นที่ 2 และอยู่ระหว่างกระบวนการขอต่ออายุการรับรองชั้นที่ 2	ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานการรับรองชั้นที่ 2	หมดอายุการรับรอง HA และอยู่ระหว่างกระบวนการขอต่ออายุ	ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA

<p>วิธีการประเมินผล</p>	<p>คะแนน 0    โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานที่กำหนด หรือเคยได้รับการรับรอง          ชั้นที่ 1,2,3 แล้ว แต่หมดอายุ (ตามระยะเวลาการรับรองในใบประกาศนียบัตรที่          สรพ. ออกให้ และให้ยี่ระยะเวลาหมดอายุต่ออีก 6 เดือน หลังจากวันหมดอายุ)</p> <p>คะแนน 1    โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้นที่ 1</p> <p>คะแนน 2    โรงพยาบาลที่เคยผ่านการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 แล้วแต่หมดอายุ (ตามระยะเวลา          การรับรองในใบประกาศนียบัตรที่ สรพ.ออกให้ และให้ยี่ระยะเวลาหมดอายุต่อ          อีก 6 เดือน หลังจากวันหมดอายุ) และอยู่ระหว่างการดำเนินการอัตรงบันไดขั้นที่          2 (เข้าร่วมกระบวนการโครงการอัตรงบันไดขั้นที่ 2/ส่งเอกสาร/รายงาน/แบบ          ประเมินตนเอง ไปยัง โรงพยาบาลเพื่อขออัตรงบันไดขั้นที่2 หรือเพื่อขอรับการ          ประเมิน Scoring)</p> <p>คะแนน 3    โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ชั้นที่ 2</p> <p>คะแนน 4    โรงพยาบาลที่เคยได้รับการประเมินเพื่อรับรอง HA ชั้น 3 และรับรองซ้ำแล้ว แต่          หมดอายุ (ตามระยะเวลาการรับรองในใบประกาศนียบัตรที่ สรพ.ออกให้ และให้ยี่          ระยะเวลาหมดอายุต่ออีก 6 เดือน หลังจากวันหมดอายุ) และอยู่ระหว่าง          กระบวนการขอต่ออายุการรับรอง HA (ชั้น3)</p> <p>คะแนน 5    โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)          หรือรับรองซ้ำ (Re-Accreditation) นับจากวันที่ผ่านคณะกรรมการรับรองของ          โรงพยาบาลรอบสุดท้าย</p>
<p>เอกสารสนับสนุน</p>	<p>คู่มือมาตรฐาน HA : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทาง          วิชาการ/ผู้          ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</p>
<p>ผู้รับผิดชอบระดับ          จังหวัด</p>	<p>ชื่อ-สกุล นางปริมกมล แก้วช่วย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ          โทร.075-343409 ต่อ 323 มือถือ 081-5698259          e-mail : <a href="mailto:primkamon8259@gmail.com">primkamon8259@gmail.com</a>          กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p>

ตัวชี้วัดที่ 2.33	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประกันคุณภาพการพยาบาล (Quality Assurance : QA)  <b>มีผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายในที่ระดับ 3</b></p>
คำนิยาม	<p><b>การประกันคุณภาพการพยาบาล (Quality Assurance : QA)</b> หมายถึงกระบวนการดำเนินงานอย่างมีแบบแผน และมีกิจกรรมที่เป็นขั้นตอน ต่อเนื่อง เป็นระบบในการวัดและประเมินคุณภาพบริการพยาบาล โดยบุคลากรที่อยู่ในหน่วยงาน/ สถานบริการสาธารณสุขนั้น ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อให้เป็นหลักประกันว่าหน่วยงานบริการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาล มีการปฏิบัติ หรือจัดบริการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ มีการแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามที่วิชาชีพ/ องค์กรหรือหน่วยงานคาดหวัง (กองการพยาบาล,2543)</p> <p><b>มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล</b> หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลตามลักษณะงานการพยาบาล 10 งาน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การบริหารการพยาบาล</li> <li>2) การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก</li> <li>3) การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</li> <li>4)การบริการพยาบาลผู้ป่วยใน</li> <li>5) การบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก</li> <li>6) การบริการพยาบาลผู้ป่วยทางสูติกรรม</li> <li>7) การบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด</li> <li>8) การบริการพยาบาลวิสัญญี</li> <li>9) การบริการพยาบาลด้านการปรึกษาสุขภาพ</li> <li>10) การบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</li> </ol> <p><b>การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายใน</b> หมายถึง การประเมินตนเองของหน่วยงานร่วมกับการเยี่ยมชมตรวจเพื่อประเมินระหว่างหน่วยงานภายในกลุ่มงานการพยาบาล โดยเป็นกระบวนการที่อาศัยภาวะผู้นำ และการจูงใจเป็นเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกให้พยาบาลมีการปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐาน โดยการสะท้อนผลงานของหน่วยงานที่ได้รับการประเมิน แล้วเหนี่ยวนำให้ผู้รับการประเมินพร้อมที่จะปรับปรุง(สำนักการพยาบาล,2547)</p> <p><b>ผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลที่ระดับ 3</b> หมายถึง หน่วยงานบริการพยาบาลมีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐานการพยาบาลในงานบริการนั้น ๆ อย่างครบถ้วน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.โรงพยาบาล/ หน่วยงานบริการพยาบาลประเมินคุณภาพภายใน ปีละ 2 ครั้ง</li> <li>2. หน่วยงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมีผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายใน ทั้งมิติกระบวนการ และมิติผลลัพธ์ ที่ระดับ 3 ร้อยละ 70</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล/ หน่วยงานบริการพยาบาลทุกงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.หน่วยงานบริการพยาบาลทุกงานทุกโรงพยาบาลประเมินคุณภาพภายในตามแบบฟอร์มการให้คะแนนการประเมินคุณภาพของแต่ละงานปีละ 1 - 2 ครั้ง

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครั้งที่ 1 เดือนเมษายน</li> <li>- ครั้งที่ 2 เดือนตุลาคม</li> </ul> <p>2. หน่วยงานบริการพยาบาลนำคะแนนผลการประเมินตนเองมาคิดร้อยละของผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลขององค์กร/ หน่วยงานบริการพยาบาล</p> <p>ตามสูตร (1) นำส่งหัวหน้าพยาบาล</p> <p>3. หัวหน้าพยาบาลคิดร้อยละของงานบริการที่มีผลคะแนนการประเมินคุณภาพที่ระดับ 3 ขึ้นไป (ผลคะแนนจากข้อ 2 ที่ร้อยละ 50 ขึ้นไป) ตามสูตร (2)</p> <p>รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</p>				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลมหาราช, รพท.รพช.ทุกแห่ง				
รายการข้อมูล 1	A =คะแนนที่ได้จากการประเมินตนเองของงานบริการพยาบาล				
รายการข้อมูล 2	B =คะแนนเต็มของแบบประเมิน				
	ที่	แบบประเมินฯ	จำนวนข้อการประเมิน	คะแนนเต็ม	
	1	บริหารการพยาบาล	32	160	
	2	การพยาบาลผู้ป่วยนอก	26	130	
	3	การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25	125	
	4	การพยาบาลผู้ป่วยใน	28	140	
	5	การพยาบาลผู้ป่วยหนัก	28	140	
	6	การพยาบาลฝากครรภ์	28	140	
	7	การพยาบาลผู้คลอด	25	125	
	8	การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	26	130	
	9	การพยาบาลวิสัญญี	26	130	
	10	การพยาบาลด้านการปรึกษาสุขภาพ	26	130	
	11	การพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	26	130	
รายการข้อมูล 3	A1 = จำนวนหน่วยบริการพยาบาลที่มีผลการประเมินภายในที่ระดับ 3 ขึ้นไป				
	B1 = จำนวนหน่วยบริการพยาบาลทั้งหมดในโรงพยาบาล				
สูตรคำนวณตามตัวชี้วัด	<p>1. <math>A / B \times 100</math></p> <p>2. <math>A1 / B1 \times 100</math></p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	ผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายใน	ร้อยละ			ครั้งที่ 1
	1.รพ.....				
	2.รพ.....				

	3.รพ.....				
	รวมจังหวัด		54.08	70.95	56.35
	ระดับคุณภาพ		3	4	3
การประเมินผล	ผลการดำเนินงาน ปี 2558				
ผลการประเมิน คุณภาพบริการ พยาบาลภายใน ปี 2558	โรงพยาบาล	คะแนนผลการประเมิน	ระดับคุณภาพ		
	1.รพ.....				
	2.รพ.....				
	3.รพ.....				
	รวมจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน	<p>1. แบบรายงานการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายใน ปี 2558</p> <p>2. แนวทางการให้คะแนน</p> <p>ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐาน/ ไม่มีหลักฐาน Scoring Band 0-5 %</p> <p>ระดับ 1 หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐานเป็นส่วนน้อย (น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง) Scoring Band 10-25 %</p> <p>ระดับ 2 หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ (มากกว่าครึ่งหนึ่ง) Scoring Band 30-45 %</p> <p>ระดับ 3 หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐานอย่างครบถ้วน Scoring Band 50-65 %</p> <p>ระดับ 4 หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐานอย่างเป็นระบบเพิ่ม มากกว่าข้อกำหนดของมาตรฐาน Scoring Band 70-85 %</p> <p>ระดับ 5 หมายถึง มีการดำเนินการตามข้อกำหนดของมาตรฐานอย่างเป็นระบบเพิ่ม มากกว่าข้อกำหนดของมาตรฐานและเป็นแนวทางที่พิสูจน์ได้ว่านำสู่ความ เป็นเลิศ Scoring Band 90-100 %</p>				
ผู้รับผิดชอบระดับ จังหวัด	<p>ชื่อ-สกุล นางอรพรรณ คงศรีชาย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทร. 075-343409 ต่อ 323</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ e-mail : <a href="mailto:kanyaphatra09@gmail.com">kanyaphatra09@gmail.com</a></p>				

ตัวชี้วัดที่ 2.34	<p><b>ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ</b></p>
คำนิยาม	<p><b>ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</b> หมายถึง ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของสาธารณสุขของสถานพยาบาลทุกแห่ง โดยมีหน้าที่หลักในการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างจากร่างกายมนุษย์ และส่งผลการตรวจให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปประกอบการวินิจฉัยโรค การคัดกรองโรค ติดตามการรักษา ควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดโรคนอกจากนี้ยังนำข้อมูลผลการตรวจไปช่วยสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพ และนำมาวิเคราะห์วางแผนบริหารจัดการด้านนโยบายสุขภาพและการให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพอีกด้วย ฉะนั้นผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการต้องมีคุณภาพ ถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้และสามารถนำไปใช้สนับสนุนด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขของประชาชนได้ทันตามเวลาที่ต้องการ</p> <p><b>มาตรฐานเทคนิคการแพทย์</b> หมายถึง มาตรฐานที่ออกโดยสภาเทคนิคการแพทย์ใช้เป็นกรอบในการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 10 หมวด หมวดองค์กรและการบริหารบุคลากร เครื่องมือ การจัดซื้อและใช้บริการภายนอก เอกสารคุณภาพ การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด การตรวจติดตามภายใน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีทั้งหมด 100 ข้อ แปรผลชั้นที่ 1 คะแนนระหว่าง 0-50 คะแนน ชั้นที่ 2 คะแนนระหว่าง 51-75 คะแนน ชั้นที่ 3 คะแนนระหว่าง 76-100 คะแนน</p> <p><b>งานรังสีวินิจฉัย</b> หมายถึง การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยเครื่องมือทางรังสีวิทยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางรังสีวิทยา พ.ศ.2549</p> <p><b>ภาพถ่ายรังสี</b> หมายถึง ภาพของผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้รังสีในการถ่ายภาพ และภาพทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกิดจากการใช้เครื่องมือตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางรังสีวิทยา พ.ศ. 2549 โดยภาพที่ได้อาจจะพิมพ์หรือถ่ายลงบนฟิล์ม กระดาษ หรือภาพอิเล็กทรอนิกส์ เกณฑ์การมอบประกาศเกียรติคุณ มี 3 ข้อคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน หมายถึง หน่วยรับบริการรังสีวินิจฉัยได้คะแนนการประเมินจากผู้ตรวจประเมินผ่านเกณฑ์ The Must ทุกข้อ</li> <li>2. ผ่านเกณฑ์ขั้นดี หมายถึง หน่วยรับบริการรังสีวินิจฉัยได้คะแนนการประเมินจากผู้ตรวจประเมิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 และผ่านเกณฑ์ The Must ทุกข้อ</li> <li>3. ผ่านเกณฑ์ขั้นดี หมายถึง หน่วยรับบริการรังสีวินิจฉัยได้คะแนนการประเมินจากผู้ตรวจประเมิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และผ่านเกณฑ์ The Must ทุกข้อ</li> </ol> <p>(The Must หมายถึง ข้อปฏิบัติงานที่งานรังสีต้องมี ต้องดำเนินการ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. ห้องปฏิบัติการรังสีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการบริการ</li> <li>2. ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการบริการ</li> </ol>

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1.ห้องปฏิบัติการชั้นสูตของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2.ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข						
แหล่งข้อมูล	1.แบบตรวจติดตามและประเมินผล ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวง 2.แบบตรวจติดตามและประเมินผล ตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข						
ระยะเวลา ประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง						
ผลการ ดำเนินงาน ร้อยละของ โรงพยาบาล	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง						
	2556	2557	2558				
	48%	92%	100%				
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 1หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้							
		หน่วยวัด	0 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
		ผ่าน/ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน				ผ่าน
ผู้ประสานงานจัดทำ รายงานตัวชี้วัด	นางสุภาพร นนทะเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน : 075-343409 ต่อ 411 โทรศัพท์มือถือ 080-519 8183 อีเมล: nontasan.nun1@gmail.com นางนงรัตน์ จงจิตร เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ 086-2746040 อีเมล: pcu.ssj@gmail.com						

ตัวชี้วัดที่ 2.35	ระดับความสำเร็จในการนำมาตรฐานงานสุขศึกษามาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข
คำนิยาม	<p>1. มาตรฐานงานสุขศึกษา หมายถึง สิ่งที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดความสำเร็จของงานสุขศึกษา ของสถานบริการทุกระดับ ประกอบไปด้วย 10 องค์ประกอบ 16 ตัวชี้วัด เกณฑ์ในระดับปฐมภูมิ มีจำนวน 36 เกณฑ์ ในระดับทุติยภูมิ จำนวน 41 เกณฑ์ และระดับตติยภูมิมีจำนวน 41 เกณฑ์</p> <p>2. โครงสร้าง ของมาตรฐานงานสุขศึกษา ประกอบด้วย</p> <p style="padding-left: 40px;"><b>หมวดที่ 1 การบริการจัดการ ประกอบด้วย</b></p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 1 นโยบายการดำเนินงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 2 ทรัพยากรการดำเนินงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 40px;"><b>หมวดที่ 2 กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย</b></p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 4 แผนการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 5 กิจกรรมสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 6 การนิเทศงานสุขศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 7 การประเมินผล การดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 40px;"><b>หมวดที่ 3 กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ ประกอบด้วย</b></p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 8 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 9 การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 40px;"><b>หมวดที่ 4 ผลลัพธ์ การดำเนินงาน ประกอบด้วย</b></p> <p style="padding-left: 80px;">องค์ประกอบที่ 10 ผลลัพธ์การดำเนินงานสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3. สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ที่ได้ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ จำนวน 269 แห่ง ประกอบด้วย</p> <p style="padding-left: 40px;">3.1 ระดับทุติยภูมิ/ระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย รพศ./รพท./รพช. จำนวน 18 แห่ง</p> <p style="padding-left: 40px;">3.2 ระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 251 แห่ง</p> <p>4. ระดับความสำเร็จ ในการนำมาตรฐานงานสุขศึกษามาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานเพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขสามารถเข้ารับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาในระดับประเทศ ทั้งในเรื่องการบริหารจัดการการดำเนินกิจกรรม การควบคุมกำกับและประเมินผลซึ่งผลที่เกิดจากการรับรองมาตรฐานงานสุขศึกษา มีผลให้เกิดการปฏิบัติตัวทางสุขภาพที่ถูกต้อง ปัญหาสาธารณสุขลดลงได้</p> <p>5. การดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการนำมาตรฐานงานสุขศึกษามาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข มีหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานดังนี้</p> <p style="padding-left: 40px;">5.1. สถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง โดยใช้แบบประเมินตนเอง หรือ ประเมินตนเองผ่านเว็บไซต์กองสุขศึกษา (<a href="http://www.hed.go.th">http://www.hed.go.th</a> ) ปีละ2ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม - ธันวาคม</p>

	<p>ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม – กันยายน</p> <p>5.2. สถานบริการสาธารณสุขวิเคราะห์ การประเมินตนเองตามมาตรฐานงานสุขศึกษา(แบบ มส.2) ในส่วน รพช. ให้ลงข้อมูลการวิเคราะห์ ลงในแบบสรุปการประเมินตนเองเป็นรายตัวชี้วัดจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ในส่วน รพ.สต.ประเมินตนเองทุกกระบวนการจากแบบวิเคราะห์การประเมินตนเอง (มส.2) แล้วลงข้อมูลในแบบสรุปผล แล้วแจ้ง สสอ. อยู่ในระดับใด โดย ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา สสอ.เป็นผู้รวบรวมข้อมูล แล้วลงข้อมูลในแบบสรุปผล ไปยังแล้วแจ้งงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์</p> <p>5.3. สถานบริการสาธารณสุขที่มีผลการประเมินตนเอง ในระดับ 3 (ดีมาก) ให้สมัครเข้ารับรองมาตรฐานงานสุขศึกษา ในระดับจังหวัด ประเมินโดยที่คณะกรรมการตรวจประเมินระดับจังหวัด มีเป้าหมายในการส่งไม่ต่ำกว่า 10% ของสถานบริการที่มีผลการประเมินตนเองในระดับ 3 (ดีมาก)</p> <p>5.4. สถานบริการสาธารณสุข จะถูกส่งเข้ารับการประเมินรับรองคุณภาพโดยบุคคลภายนอก (คือสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา) ตามความสมัครใจ อีกครั้งเพื่อการรับรองสู่คุณภาพมาตรฐานงานสุขศึกษา ในปีถัดไป ( โดยเฉพาะ รพศ./รพท./รพช.) ส่วน รพ.สต. ส่งตามความสมัครใจ</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>รพ. ผ่านเกณฑ์</p> <p>รพ.สต. ร้อยละ 10 ของรพ.สต.ทั้งหมดในพื้นที่</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1. ประเมินสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ คือระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ</p> <p>2. วิธีการประเมิน</p> <p>2.1 ให้สถานบริการสาธารณสุขในแต่ละแห่งประเมินตนเอง ตามแบบ มส.1 โดยประเมินลงที่เว็บไซต์ของกองสุขศึกษา ชื่อ<a href="http://www.hed.go.th">http://www.hed.go.th</a> ปีละ 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม-ธันวาคม ครั้งที่ 2 เดือน กรกฎาคม – กันยายน</p> <p>2.2 สถานบริการทุกแห่ง วิเคราะห์ตนเองตามตัวชี้วัดลงในแบบ มส.2 และสรุปผลการประเมินตนเอง ลงตามแบบสรุปผลการประเมินตนเอง เป็นรายตัวชี้วัดทั้ง 2 ครั้งของการประเมินตนเอง โดยผลการวิเคราะห์ตนเองรายตัวชี้วัด รพช.ดำเนินการเอง ส่วนรพ.สต. สสอ.เป็นผู้รวบรวมเป็นภาพรวม และแจ้งงานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>2.3 สถานบริการที่มีผลการประเมินตนเองในระดับ 3 (ดีมาก) ให้สมัครเข้ารับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาในระดับประเทศ ไม่น้อยกว่า 10% ของสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในระดับ 3 (ดีมาก)</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>1.การประเมินตนเอง ผ่านเว็บไซต์ของกองสุขศึกษา ( <a href="http://www.hed.go.th">http://www.hed.go.th</a> . )</p> <p>2.การสรุปการประเมินตนเองเป็นรายตัวชี้วัด</p> <p>3.สถานบริการสาธารณสุขสมัครเข้ารับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาระดับจังหวัด</p> <p>4.สถานบริการสาธารณสุขสมัครเข้ารับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาโดยการประเมินของบุคคลภายนอก (สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา)</p>

<p>เกณฑ์การประเมิน : วัดระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามมาตรฐานงานศึกษา แต่ละระดับ โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้</p>						
หน่วยงาน	หน่วยวัด	0 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รพ.	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	-	-	-	ผ่านมาตรฐาน
รพ.สต.	ร้อยละ	6	8	10	12	14
<p><b>วิธีการประเมิน</b></p> <p>การคิดระดับความสำเร็จของการนำมาตรฐานงานสุขศึกษามาใช้ในสถานบริการสาธารณสุข คิดคะแนนจากรายการประเมิน ตามรายองค์ประกอบ นำมาจัดระดับความสำเร็จ ดังนี้</p>						
ระดับการผ่านประเมิน	ระดับ 1 พอใช้	ระดับ 2 ดี	ระดับ 3 ดีมาก			
คะแนนที่ได้จากการประเมิน	ผ่านองค์ประกอบ ที่ 2,4,5,7	ผ่านองค์ประกอบ ที่ 1 - 7	ผ่านองค์ประกอบ 10 องค์ประกอบ			
<p>เงื่อนไข : ระดับความสำเร็จของสถานบริการสาธารณสุข ที่นำมาตรฐานงานสุขศึกษามาใช้ จะต้องผ่านองค์ประกอบต่างๆ ที่กำหนดไว้ในกระบวนการ</p>						
รายการประเมิน	หน่วย นับ	เกณฑ์การให้คะแนน		แหล่งข้อมูล		
1.การประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินหรือประเมินผ่านเว็บไซต์ของกองสุศึกษา( <a href="http://www.hed.go.th">http://www.hed.go.th</a> )	มี/ไม่มี	2คะแนน มีการประเมินตนเอง 2 ครั้ง 1 คะแนน มีการประเมินตนเอง 1 ครั้ง 0 คะแนน ไม่มีการประเมินตนเอง		1. <a href="http://www.hed.go.th">http://www.hed.go.th</a> 2.เอกสาร มส.1		
2.สถานบริการสาธารณสุขผ่านเข้ารับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาระดับจังหวัด	ร้อยละ	ผ่านการรับรองร้อยละ 10		.แหล่งข้อมูลสรุปผลจากการตรวจประเมินระดับจังหวัด		
3.สถานบริการสาธารณสุขผ่านการรับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาโดยการประเมินจากบุคคลภายนอก(สมาคมวิชาชีพสุศึกษา)		ตามความสมัครใจ		แหล่งข้อมูลสรุปผลจากการตรวจประเมินโดยบุคคลภายนอกในปีถัดไป		
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง					
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางธัญชนก วงศ์สวัสดิชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ 075-343-409					

ตัวชี้วัดที่ 2.36	อัตราคงอยู่ในการบำบัดรักษา (retention rate)					
คำนิยาม	ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดที่ยังคงอยู่ในกระบวนการการบำบัดรักษาในระยะเวลาตามรูปแบบการบำบัดรักษาของสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาทุกรูปแบบ เฉพาะระบบสมัครใจ ที่เข้ารับบริการจากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานแบบ บสต.					
แหล่งข้อมูล	รพศ/รพท/รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ที่ยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษา ในระยะเวลาตามรูปแบบการบำบัดรักษา ในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บสต.การบำบัด)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมดในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บสต.การบำบัด)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง			
	กระทรวง สธ.		2556	2557	2558	
	เฉลี่ย 63.91	ร้อยละ	78.99	79.34	69.03	
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	60	65	70	75	80
วิธีการประเมินผล :	โรงพยาบาล จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต. ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย สำนักบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบ และ สสจ.นศ ใช้ข้อมูลจากการรายงานประเมิน					
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต.					
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางสุวรรณา สุทธิมุสิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ( <a href="mailto:suwanna43@gmail.com">suwanna43@gmail.com</a> ) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ					

<b>ตัวชี้วัดที่ 2.37</b>	<b>อัตราการอยู่ในระยะติดตามการรักษา (retention rate)</b>					
คำนิยาม	ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดครบตามกำหนด และยังคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษาของสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดครบตามกำหนด ในระบบสมัครใจที่เข้ารับบริการจากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ยกเว้นรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</u>					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานแบบ บสต.					
แหล่งข้อมูล	รพศ/รพท/รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเสพ ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดครบตามกำหนดและยังคงอยู่ระบบการติดตามการรักษา อย่างน้อย 4 ครั้ง ระยะเวลา 1 ปี ในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บสต.ติดตาม)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเสพ ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดครบตามกำหนด ของสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง			
	กระทรวง สธ.		2556	2557	2558	
	เฉลี่ย 45.92	ร้อยละ	34.09	10.31	6.67	
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	50	55	60	65	70
วิธีการประเมินผล :	โรงพยาบาล จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต. ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย สำนักบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบ และ สสจ.นศ ใช้ข้อมูลจากรายงาน ประเมิน					
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต.					
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางสุวรรณา สุทธิมุสิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ( <a href="mailto:suwanna43@gmail.com">suwanna43@gmail.com</a> ) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ					

ตัวชี้วัดที่ 2.38	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด					
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด</p> <p>หยุดเสพต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยหยุดเสพ หรือ เสพแต่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือ ผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด</p> <p>บำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด หมายถึง บำบัดรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาล และได้รับการประเมินครบกำหนดและติดตามต่อเนื่องในระยะติดตามการรักษา</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 92					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในระบบสมัครใจที่เข้ารับบริการจากสถานพยาบาล ยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านการบำบัดรักษาครบกำหนด ตามเกณฑ์					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลผู้รับบริการจากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รายงานข้อมูลในระบบข้อมูล บสต. ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต					
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูล บสต. ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ web site <a href="http://antidrug.moph.go.th">http://antidrug.moph.go.th</a>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการจำหน่ายครบกำหนด และสามารถหยุดเสพต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน (บสต.)ติดตาม)					
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายครบกำหนด (บสต.จำหน่าย)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปี ย้อนหลัง			
			2556	2557	2558	
	กระทรวง	ร้อยละ	84.64	87.57	88.66	
	จังหวัดนครศรีฯ	ร้อยละ	86.68	89.01	91.67	
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	90	91	92	93	94
วิธีการประเมินผล	สถานพยาบาลยาเสพติด (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา) ของ กระทรวงสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในระบบข้อมูล บสต. ผ่านเครือข่าย internet และ ประเมินผลโดย งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.นศ ผู้ดูแลระบบข้อมูล บสต.					
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> <li>-คู่มือมาตรฐานการบำบัดรักษาเสพติด</li> <li>-คู่มือข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล</li> <li>-คู่มือระบบข้อมูล บสต.</li> </ul>					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุวรรณา สุทธิมุสิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร 075 343406 ต่อ 431 มือถือ 081-6760211 งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ					

ตัวชี้วัดที่ 2.39	สถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพและพัฒนาระบบงานยาเสพติด ด้านบริหารจัดการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด								
คำนิยาม	<p><b>หมายถึง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการประเมินคุณภาพHA จากโรงพยาบาลอภัยภูธร และได้รับการรับรองคุณภาพ HA จาก สถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐาน (ส.รพ.)และผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาระบบงานยาเสพติด ด้านบริหารจัดการตามเกณฑ์ พบยส. ของคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด</li> <li>2. สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาระบบงานยาเสพติด ด้านบริหารจัดการตามเกณฑ์ พบยส. ของคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด</li> <li>3. <b>รพสต.ทุกแห่ง</b>ผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาระบบงานยาเสพติด ด้านบริหารจัดการตามเกณฑ์ พบยส. ของคณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ</li> </ol> <p><b>พบยส.</b> หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบงานยาเสพติดด้านการบริหารจัดการ คือ ข้อกำหนดที่มุ่งหวังให้มี ต้องมี ต้องทำเพื่อเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบการควบคุม กำกับงาน การบริหารงาน และการประเมินงานซึ่งมีทั้งหมด ๕๗ ข้อ</p> <p>ลักษณะเกณฑ์มาตรฐาน อาจแสดงในรูปกิจกรรม แสดงให้เห็นว่า หน่วยงาน ได้มีการจัดทำ หรือไม่มี ซึ่งวัดจากหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ ซึ่งมีองค์ประกอบ เกณฑ์มาตรฐานกิจกรรม ๔ ด้านตามคู่มือเกณฑ์มาตรฐาน พบยส.</p> <table border="1" data-bbox="470 1077 1426 1346"> <tr> <td>ยุทธศาสตร์ที่ 1</td> <td>การบริหารจัดการองค์กรงานยาเสพติดของหน่วยงาน มี 5 ตัวชี้วัด</td> </tr> <tr> <td>ยุทธศาสตร์ที่ 2</td> <td>การบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด มี 48 ตัวชี้วัด</td> </tr> <tr> <td>ยุทธศาสตร์ที่ 3</td> <td>การป้องกันกลุ่มเสี่ยงให้มีโอกาสเกี่ยวข้องกับยาเสพติด มี 2 ตัวชี้วัด</td> </tr> <tr> <td>ยุทธศาสตร์ที่ 4</td> <td>การควบคุมตัวยาและสารเคมี มี 2 ตัวชี้วัด</td> </tr> </table>	ยุทธศาสตร์ที่ 1	การบริหารจัดการองค์กรงานยาเสพติดของหน่วยงาน มี 5 ตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ที่ 2	การบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด มี 48 ตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ที่ 3	การป้องกันกลุ่มเสี่ยงให้มีโอกาสเกี่ยวข้องกับยาเสพติด มี 2 ตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์ที่ 4	การควบคุมตัวยาและสารเคมี มี 2 ตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ 1	การบริหารจัดการองค์กรงานยาเสพติดของหน่วยงาน มี 5 ตัวชี้วัด								
ยุทธศาสตร์ที่ 2	การบริหารจัดการระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด มี 48 ตัวชี้วัด								
ยุทธศาสตร์ที่ 3	การป้องกันกลุ่มเสี่ยงให้มีโอกาสเกี่ยวข้องกับยาเสพติด มี 2 ตัวชี้วัด								
ยุทธศาสตร์ที่ 4	การควบคุมตัวยาและสารเคมี มี 2 ตัวชี้วัด								
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับ รพศ./รพท./รพช. ผลคะแนนประเมิน ผ่านที่ระดับ ร้อยละ 100</li> <li>- ระดับ สสอ .ผลคะแนนประเมิน ผ่านที่ระดับ ร้อยละ 80</li> <li>- ระดับ รพสต. ผลคะแนนประเมิน ผ่านที่ระดับ ร้อยละ 70 และภาพอำเภอต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 ของ รพ.สต. ทั้งหมด</li> </ul>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และ สสอ.								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากการประเมินสถานบริการทุกแห่ง								
แหล่งข้อมูล	สถานบริการทุกแห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล	<p>A1 = จำนวนข้อการประเมินที่ผ่าน</p> <p>B1 = จำนวนข้อทั้งหมดของเกณฑ์การประเมินในแต่ละระดับ</p> <p>A2 = จำนวน รพสต. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 70 %</p> <p>B2 = จำนวน รพสต. ทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน</p>								

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ระดับ รพ. รพ.สต.และ สสอ. (A1/B1) x 100 2. ระดับ คปสอ. A2 /B2 x 100						
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ปี 2557	รพศ/รพท/รพช	สสอ.	รพสต.	คปสอ.		
	HA	14 แห่ง					
	พบบส ระดับคะแนนเฉลี่ย(ร้อยละ)	74.23	83.84	78.33	88.88		
เกณฑ์การประเมิน							
	สถาน พยาบาล	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	รพ (HA)	ผ่าน/ไม่ ผ่าน	ส่งแบบ ประเมินให้ จังหวัด	Re acradit	ส่งแบบขอรับ การประเมิน HA.ให้สถาบัน	ประเมินโดย คณะกรรมการ รพผล	ผ่านการ รับรอง
	รพ (พบบส)	ร้อยละ	80	85	90	95	100
	สสอ (พบบส)	ร้อยละ	70	75	80	85	90
	คปสอ. (พบบส)	ร้อยละของ รพสต.ผ่าน เกณฑ์ 70%	60	65	70	75	80
วิธีการประเมินผล :	1. HA ยาเสพติด - ใช้แบบสรุปผลการประเมิน HA ของ โรงพยาบาลทุกแห่ง 2. พบบส - แบบสรุปผลการประเมินตามเกณฑ์ พบบส.ของสถานพยาบาลทุกแห่ง						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุวรรณา สุทธิมุสิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ (suwanna43@gmail.com) โทร 0 75 343406 ต่อ 431 มือถือ 081-6760211						
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง						

<b>ตัวชี้วัดที่ 2.40</b>	<b>ข้อมูลในระบบรายงาน บสต. มีคุณภาพ</b>					
คำนิยาม	ร้อยละของข้อมูล ระบบรายงาน บสต.ภาพรวม มีคุณภาพ (ถูกต้อง ครบถ้วน)					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 96					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากรายงานแบบ บสต.					
แหล่งข้อมูล	รพศ/รพท/รพช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนแบบบำบัดรักษาและแบบจำหน่ายสรุปผลการรักษาที่มีคุณภาพ					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนแบบบำบัดรักษาและแบบจำหน่ายสรุปผลการรักษาทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง				
		2556	2557	2558		
	ร้อยละ	95.25	94.50	89.85		
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	ร้อยละ	92	94	96	98	100
วิธีการประเมินผล :	โรงพยาบาล จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต. ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย สำนักบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบ และ สสจ.นศ ใช้ข้อมูลจากรายงาน ประเมิน					
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต.					
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางสุวรรณา สุทธิมุสิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ( <a href="mailto:suwanna43@gmail.com">suwanna43@gmail.com</a> ) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ					

ตัวชี้วัดที่ 2.41	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE
คำนิยาม	<p>การดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรณรงค์ป้องกันแก้ไข ปัญหาเสพติด โดยการบูรณาการงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น มหาวิทยาลัย หน่วยงาน ศึกษานิเทศน์ ยุติธรรม ป.ป.ส. พัฒนาสังคมฯ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในเรื่องแผนงาน งบประมาณ โดยไม่ ถือว่าเป็นเรื่องของสาธารณสุขเท่านั้น โดยหน่วยงานในพื้นที่ของแต่ละกระทรวงควรมีนโยบายสนับสนุน ให้ประชาชนที่เป็นกลุ่ม เป้าหมายของตนเองดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของ โครงการฯ เช่นกระทรวงศึกษา สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE /ศูนย์เพื่อน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา กระทรวงแรงงานสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE /ศูนย์เพื่อนใจวัยทำงานในสถานประกอบการ รวมทั้งจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดให้กับกลุ่มเป้าหมายของตนเองในพื้นที่ เป็นต้น</p> <p><b>ชมรม TO BE NUMBER ONE</b> หมายถึง ชมรมที่จัดตั้งขึ้นในสถานศึกษาสถานประกอบการ หรือใน ชุมชน/หมู่บ้าน ซึ่งมีองค์ประกอบครบ 3ก. ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. คณะกรรมการ</b> หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างน้อย 5 คน เพื่อเป็นกรรมการชมรม ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประธาน 1 ตำแหน่ง</li> <li>- รองประธาน 1 ตำแหน่ง</li> <li>- เลขานุการ 1 ตำแหน่ง</li> <li>- กรรมการอย่างน้อย 2 ตำแหน่ง และจะต้องมีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี</li> </ul> </li> </ol> <p><b>ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE</b> หมายถึง ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE (TO BE NUMBER ONE FRIEND CORNER) ในโครงการ TO BE NUMBER ONE โดยมีการดำเนินงานตาม เกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดของการให้บริการ “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ”</li> <li>2. รูปแบบการให้บริการ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การให้บริการโดยอาสาสมัครประจำศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นที่ผ่านการอบรม                      หลักสูตร “การดำเนินงานในศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น” ของกรมสุขภาพจิต ให้มีความรู้ ความสามารถด้านการ ให้คำปรึกษาการจัดกิจกรรมเพื่อให้เยาวชนได้ฝึกคิด แก้ปัญหา พัฒนา EQ / ร่วมกิจกรรมเสริมทักษะเชิง สร้างสรรค์เพื่อสร้างสุข และการบริหารจัดการด้านอื่น ๆ ภายในศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น</li> <li>2.2 กิจกรรม บริการ ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2.1 บริการให้คำปรึกษา (Counseling) มีบริการใน 2 ลักษณะ คือ <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม (Walk in)</li> <li>- บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ (Phone in)</li> </ul> </li> <li>2.2.2 บริการฝึกคิดแก้ปัญหา พัฒนา EQ บริการด้วยกิจกรรม 2 ลักษณะ คือ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Study)</li> <li>- กิจกรรมกลุ่ม (Group Activities)</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

	<p>2.2.3 บริการกิจกรรมเสริมทักษะเชิงสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุข เป็นการให้บริการแนะนำ และฝึกสอนกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสนใจของเยาวชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ/ความมีคุณค่าในตนเอง โดยอาสาสมัครที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน เช่น ดนตรี กีฬา ศิลปะ ร้องเพลงเต้น/ร่า Talk DJ และอื่น ๆ เป็นต้น</p> <p><b>อำเภอมีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE</b> หมายถึง มีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาอย่างน้อย 1 แห่ง</p> <p><b>2. กิจกรรม</b> หมายถึง สิ่งที่ชมรมจัดขึ้นเพื่อสมาชิกภายในชมรม หรือ มอบหมายสมาชิก เข้าร่วมดำเนินการกับ</p> <p>หน่วยงาน / องค์กรภายนอก ทั้งนี้ให้นับรวมกิจกรรมทั้งภายในและภายนอก ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี โดยกิจกรรม ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมด้านการช่วยเหลือให้คำปรึกษา</li> <li>- กิจกรรมสร้างสรรค์</li> <li>- กิจกรรมพัฒนาสังคม</li> </ul> <p><b>3. กองทุน</b> หมายถึง สิ่งใดสิ่งหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>3.1 เงินซึ่งได้จากการบริจาค การจัดกิจกรรมเพื่อหาทุน หรือได้รับสนับสนุนจากภาครัฐหรือเอกชนต่าง ๆ</p> <p>3.2 ทรัพย์สิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเภทไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ เช่น ห้องประกอบกิจกรรมชมรม สถานที่ได้รับ การอนุญาตให้ใช้ในกิจกรรมของชมรม เป็นต้น</li> <li>- ประเภทสามารถเคลื่อนย้ายได้ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ อุปกรณ์สำนักงาน อุปกรณ์กีฬา ดนตรี เป็นต้น</li> </ul>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>ระดับ 3 ขึ้นไป</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เยาวชนผู้ที่มีอายุ 10 – 24 ปี ในสถานศึกษา ในชุมชน และสถานประกอบการ ที่เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE</li> <li>- อำเภอมีชมรม TO BE NUMBER ONE และดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE</li> </ul>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>รวบรวมข้อมูลจากการประเมินตนเองของ คปสอ. ตามแบบประเมินและจากการรายงานผลการดำเนินงาน โครงการ To Be Number One</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>สสอ.</p>
<p>รายการข้อมูล</p>	<p>A1 = จำนวนเยาวชนผู้ที่มีอายุ 10 – 24 ปี ในสถานศึกษา ในชุมชน และสถานประกอบการที่เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE</p> <p>B1 = จำนวนเยาวชนผู้ที่มีอายุ 10 – 24 ปี ทั้งหมด</p> <p>A2 = จำนวน ชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาที่ดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE</p> <p>B2 = จำนวน ชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาทั้งหมด</p>

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสมาชิก ชมรม TO BE NUMBER ONE = $(A1/B1) \times 100$ เป้าหมาย 85 % จำนวนศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE = $(A2 /B2) \times 100$ เป้าหมาย 50 %				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	รายการ	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง			
		ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	
	สมาชิก	63.26%	76.85%	76.85%	
	ศูนย์เพื่อนใจ	3.84 %	3.84 %	3.84 %	
<p><b>เกณฑ์การประเมิน :</b> กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้</p>					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
1	อำเภอมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ จังหวัด โดยมี นายอำเภอเป็นประธานและมีผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเป็นคณะกรรมการ				
2	มีแผนปฏิบัติการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE โดยระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณ แหล่งงบประมาณ และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน				
3	มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน				
4	มีจำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE อายุ 10 – 24 ปี ในสถานศึกษา ชุมชน และสถานประกอบการ และเคยเข้าร่วมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 85				
	0.2 คะแนน	0.4 คะแนน	0.6 คะแนน	0.8 คะแนน	1 คะแนน
	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85
5	ชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา มีการจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 50				
	0.2 คะแนน	0.4 คะแนน	0.6 คะแนน	0.8 คะแนน	1 คะแนน
	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการ TO Be Number One จังหวัดนครศรีธรรมราช				
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางจารุวรรณ สิงห์บุญ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				

ตัวชี้วัดที่ 2.42	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรอง ระดับ 1 และ 2) ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉิน ภายใน 10 นาที ตั้งแต่ได้รับแจ้งเหตุ					
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรองระดับ 1 และ 2 ตามระบบการคัดกรองมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ Emergency Severity Index version.IV ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ) ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่ First Responder หรือ Basic Life Support ในการตรวจสอบเหตุ หรือโดยทีม Advance Life Support นับตั้งแต่มีการรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุจนถึงชุดปฏิบัติการไปถึง ณ จุดเกิดเหตุและเริ่มให้การดูแลรักษา (Response Time)</p> <p><b>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI level I)</b> คือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทันที มิฉะนั้นจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับปฏิบัติการทางการแพทย์ทันที หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างฉับไว</p> <p><b>ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI level II)</b> คือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา อย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรืออาจสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ เช่น ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ เป็นต้น</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จากเอกสารการรายงานของสถานบริการทุกระดับ</li> <li>2.รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)</li> </ol>					
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของทุกทีม ทุกระดับสถานบริการ</li> <li>2.รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)</li> </ol>					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรอง ระดับ 1 และ 2) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ได้รับแจ้งเหตุ					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรอง ระดับ 1 และ 2) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	60	65	70	75	80
เอกสารสนับสนุน:	เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการรับบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด ฉบับที่ 1 พ.ศ./2556					
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.นางพชณี สุวรรณรัตน์ หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์ 086-4761877 Email : p_patchanee_07@hotmail.com</li> <li>2.นายอนันต์ รอดสั้น หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์ 081-2722929 Email : etaff04@hotmail.com</li> </ol>					

ตัวชี้วัดที่ 2.43	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรอง ระดับ 1 และ 2) ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรองระดับ ๑ และ ๒ ตามระบบการคัดกรองมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ Emergency Severity Index version.IV ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ) ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) ซึ่งได้รับการดูแลและนำส่งโดยทีม ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่ ทีมระดับ First Responder หรือ Basic Life Support ในการตรวจสอบเหตุ หรือโดยทีม Advance Life Support และได้รับการส่งการจากศูนย์รับแจ้ง เหตุและสั่งการในระดับจังหวัด</p> <p><b>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI level I)</b> คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทันที มิฉะนั้นจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับปฏิบัติการทางการแพทย์ทันที หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างฉับไว</p> <p><b>ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI level II)</b> คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา อย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรืออาจสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ เช่น ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ เป็นต้น</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จากเอกสารการรายงานของสถานบริการทุกระดับ 2.รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)					
แหล่งข้อมูล	1. ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของทุกทีม ทุกระดับสถานบริการ 2.รายงานจากห้องฉุกเฉิน ของทุกระดับสถานบริการ 3.รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรอง ระดับ 1 และ 2) ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (การคัดกรอง ระดับ 1 และ 2) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง			
		ร้อยละ	2556	2557	2558	
			29.85	26.96		
เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้						
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	เพิ่มขึ้นร้อยละ	2	4	6	8	10
เอกสารสนับสนุน:	เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด ฉบับที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๖					
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	1.นางพัชนี สุวรรณรัตน์ โทรศัพท์ 086-4761877 Email : p_patchanee_07@hotmail.com 2.นายอนันต์ รอดสั้น โทรศัพท์ 081-2722929 Email : etaff04@hotmail.com กลุ่มงานควบคุมโรค					

ตัวชี้วัดที่ 2.44	<b>การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตบริการสุขภาพ</b>				
	<p><b>การส่งต่อ หมายถึง</b> การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการ ระดับเดียวกัน หรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพ เช่นกรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยรักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้น ๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษาพยาบาล)</p> <p><b>เขตบริการ หมายถึง</b> การจัดระบบบริการสุขภาพเครือข่ายที่ 11 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดกระบี่ จังหวัดพังงา และจังหวัดภูเก็ต</p> <p><b>การส่งต่อในเขตสุขภาพ หมายถึง</b> การส่งต่อในเขตบริการสุขภาพ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสถานบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตสุขภาพนั้นๆ</p> <p><b>การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ หมายถึง</b> การส่งต่อไปยังสถานบริการที่อยู่นอกเขตบริการสุขภาพของตนเอง และบันทึกความเข้าใจข้อตกลง (MOU) ที่ได้ทำไว้นอกเขตสุขภาพ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่งในจังหวัด/เขตสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน และสำรวจจากศูนย์ประสานงานส่งต่อระดับจังหวัด / เขตบริการสุขภาพ (สปรส.)				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด /เขต				
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเครือข่ายเขตปี 2558				
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเครือข่ายเขต ปี 2559				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$				
ระยะประเมินผล	6 เดือน, 12 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ			

เกณฑ์การประเมิน				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ชั้นตอนที่ 1 – 3	ชั้นตอนที่ 1 – 5	ชั้นตอนที่ 1 – 5	ชั้นตอนที่ 1 – 5
ชั้นตอนที่	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการศูนย์ศูนย์ประสานงานส่งต่อระดับจังหวัด(ศสต.) ระดับจังหวัด/ เขต เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ</li> <li>2. มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา</li> <li>3. มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาส่งต่อ</li> <li>4. มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย</li> <li>5. สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด / เขตตามแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ</li> </ol>			
วิธีการประเมินผล	การนิเทศงาน การตรวจราชการ			
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล นางอรพรรณ คงศรีชาย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 075 – 343409 ต่อ 323 มือถือ 084 – 3090478 ,086 – 4814336 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ e-mail : kukssj80@gmail.com			