



เป้าประสงค์ที่ 5

G 5. การสร้างกลไกบูรณาการความร่วมมือภาคเครือข่าย ในระดับชุมชน ท้องถิ่น จนถึงระดับอนุภาคนิโนโดจิน มีการบูรณาการความร่วมมือ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

นิยามเป้าประสงค์ (Goal Meaning)

ภาคเครือข่าย หมายถึง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาลและสถานบริการทุกระดับ สถานศึกษา แรงงานต่างด้าว ส่วนราชการ

ภาคเอกชน = หอการค้า ร้านยา คลินิก สถานประกอบการ สถานบริการ

ชุมชนท้องถิ่น หมายถึง

1. ชุมชนทางภูมิศาสตร์ = ผู้นำชุมชน อสม. ชุมชนต่างๆในเทศบาลและรพสต.
2. ชุมชนตามกลุ่มโรค = กลุ่มโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไตวายเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง)
3. ชุมชนตามกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ

เครือข่ายในระดับอนุภูมิภาคอินโดจีน หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพในอนุภูมิภาคอินโดจีน (ไทย, ลาว, เวียดนาม, จีนตอนใต้)

จุดยืน :

๑. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เชื่อมโยงระบบการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคอุบัติใหม่โรคอุบัติซ้ำ โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญของจังหวัด และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานของจังหวัด

๒. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติต่าง ๆ ของจังหวัดและหน่วยบริการทั้งระบบมีความพร้อมด้วยคุณภาพของทีมบุคลากร และมาตรฐานระบบการบริการจัดการที่มีความพร้อม ทันสมัย ทั้งนี้หน่วยงานระดับท้องถิ่นและภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การลดการสูญเสีย การบาดเจ็บ การเสียชีวิต จากภาวะฉุกเฉินและให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันท่วงที

๓. ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักรทางด้านสุขภาพ และก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของภัยคุกคาม หรือ ภาวะทางสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน จนสามารถสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ครอบครัว และชุมชน

๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างระบบภูมิคุ้มกัน มีมาตรการเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยสุขภาพของชุมชนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งทางการจัดการสุขภาพด้านการเฝ้าระวัง การป้องกันและการควบคุม โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ

โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญของชุมชน และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง ในชุมชน ทุกชุมชนให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของจังหวัด

การวิเคราะห์ศักยภาพ และสภาพแวดล้อมของเป้าประสงค์ (SWOT Goal)

G 5. การสร้างกลไกบูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย ในระดับชุมชน ท้องถิ่น จนถึงระดับอนุภาคนิโนเดจิน มีการบูรณาการความร่วมมือ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

S: จุดแข็ง	O: โอกาส
<p>S1. มีความมั่นคงทางการเงิน Current ratio = ๒.๑๙ ,Quick ratio = ๑.๔๗</p> <p>S2. มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แบบครบวงจร</p> <p>1.แพทย์แผนจีนรักษาโดยการฝังเข็ม</p> <p>1.1 ฝังเข็ม</p> <p>1.2 ฝังเข็มพร้อมครอบกระปุก</p> <p>1.3 ฝังเข็มพร้อมกระตุนด้วยกระแสไฟฟ้า</p> <p>1.4 ฝังเข็มพร้อมโถชี้้อน</p> <p>2. แพทย์แผนไทย สามารถให้บริการ นวดพร้อมประคบสมุนไพร อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร และบริการ SPA</p> <p>- ได้รับใบประกาศเกียรติคุณในการดำเนินงานスマารีในระดับดีเยี่ยม</p> <p>S3. เป็นโรงพยาบาล ผ่านการรับรองคุณภาพ HA (2555) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (2555)</p> <p>S4. มีความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย</p> <p>S5. บรรลุเกณฑ์การดำเนินงานอาหารปลอดภัยและอนามัย สิ่งแวดล้อม</p>	<p>O1. กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ชัดเจนเรื่องการลดความแออัด มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของ ศสม.และรพสต.</p> <p>O2. นโยบายจากรัฐบาลมีกำไรไปสู่สมาคมเศรษฐกิจอาเซียน AEC</p> <p>O3. ได้รับความร่วมมือจากอปท. /ชุมชน/โรงเรียน/วัด4. สถาบันการศึกษาให้ความร่วมมือ สนับสนุนด้านการเรียนรู้ด้านภาษา</p> <p>O4. สถาบันการศึกษาให้ความร่วมมือ สนับสนุนด้านการเรียนรู้ด้านภาษา</p>
W: จุดอ่อน	T: ภัยคุกคาม
<p>W1. PCU ไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นทะเบียน สปสช. หมวด 3 บุคลากร ๓.๖ เกสัชกรอย่างน้อย 1 คนปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง/สัปดาห์ ต่อผู้มีสิทธิ์ ในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 คน</p>	<p>T1. การแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างชาหยัด</p> <p>T2. อัตราการเพิ่มของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(ความดัน เบาหวาน ไตวาย หัวใจขาดเลือด)เพิ่มมาก</p> <p>T3. ความคาดหวังของประชาชนด้านการบริการสูงขึ้นเจ้าหน้าที่ถูก</p>

W2. ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเครื่องข่ายบริการปฐมภูมิ(PCA) W3. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขศึกษาระดับดีมาก W4. การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแล ภาวะแทรกซ้อน โรคไตaway เรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มากกว่าเป้าหมาย W5. การดำเนินงานโรงพยาบาลสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐานในระดับ 3 W6. ไม่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ ตับ และมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ W7. อัตราป่วยด้วยโรค Streptococcus suis ,อุจจาระร่วง ,ปอดบวม ,วัณโรค ,ไข้หวัดใหญ่ , HFM เพิ่มขึ้น W13. อัตราป่วยด้วยโรค บาดทะยัก เพิ่มขึ้น	ร้องเรียน T4. มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการดูแลสุขภาพในกลุ่มชนบางกลุ่ม T5. มือตราชี้ป่วยของโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารใน
--	---

ตัวชี้วัดที่ 6 : ระดับความสำเร็จของการบูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

ตัวชี้วัดย่อย 6.1 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (district health system : DHS) (ระดับคปสอ.เมืองนครพนม)

- ประกอบด้วย**
- 6.1.1 การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (district health system : DHS) น้ำหนักร้อยละ 50
 - 6.1.2 โครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพร่วมระดับอำเภอ(One District One Project : ODOP) น้ำหนักร้อยละ 50

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 4

คำอธิบาย :

การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (district health system : DHS) หมายถึง ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิ์ บูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการชี้ช่องและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีโครงสร้างของระบบที่เริ่มต้นมาจาก ความต้องการทำงานร่วมกันของทีมสาธารณสุข ที่เป็นทีมเดียวกันในการร่วมรับรู้และทำงาน เพื่อการตอบสนองต่อสุขภาวะและสภาพแวดล้อมในชุมชนตลอดเวลา ขณะเดียวกันก็ต้องร่วมมือหรือเป็นส่วนสนับสนุนกับเครือข่ายอื่นๆ คือ หน่วยงานทั้งรัฐ เอกชนและประชาชนทุกคนในอำเภอนั้นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลกันและกันของประชาชนในชุมชน

โครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพร่วมระดับอำเภอ(One District One Project : ODOP) หมายถึง แต่ละอำเภอเลือกหนึ่งประเด็นสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน โดยทีมสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับภาคีเครือข่าย คัดเลือกปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 เรื่อง และกำหนด



ตัวชี้วัดร่วมกันตามความเหมาะสม เพื่อติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้ ต้องทำงานในรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม

6.1.1 เกณฑ์การประเมิน การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ(DHS) น้ำหนักร้อยละ 50

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	เอกสารอ้างอิง
1	1.1 มีคำสั่งแต่คณะกรรมการ บริหารจัดการ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอพร้อมกำหนดบทบาท หน้าที่ชัดเจน (Unity District HealthTeam) 1.2 เจ้าหน้าที่/ทีมงานทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย ที่ชัดเจน 1.3 มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง 1.4 มีการรวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ 1.5 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ด้านสุขภาพ	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ (Unity District Health Team) ที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2. เอกสารการวิเคราะห์และรวมปัญหาสุขภาพกับภาคีเครือข่าย 3. แผนงาน/กิจกรรม/โครงการ
2	ดำเนินการในระดับที่ 1 ครอบทุกขั้นตอน และ 2.1 คณะกรรมการมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอพร้อม หลักฐานบันทึก 2.2 ประชุมมีการนำข้อมูลของพื้นที่มาวิเคราะห์และแก้ไข ปัญหามีรายลักษณ์อักษรชัดเจน 2.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge,CBL,FM) และทักษะ (Skill) 2.4 มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่ หรือการดูแลสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน (Essential care) 2.5 อปท.ชุมชน สนับสนุนงบประมาณ (Resource sharing)	1. รายงานการประชุมฯ อย่างน้อย 2 เดือน/ครึ่ง 2. มีการกำหนดประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ (ODOP) 3. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือพัฒนา องค์ความรู้ 4. โครงการกองทุนตำบลที่เกี่ยวข้องกับประเด็น ODOP

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	เอกสารอ้างอิง
3	<p>ดำเนินการในระดับที่ 1, 2 ครบทุกขั้นตอน และ</p> <p>3.1 คณะกรรมการมีการใช้ข้อมูลวางแผนยุทธศาสตร์ และแผน ปฏิบัติการ</p> <p>3.2 เจ้าหน้าที่หรือทีมงานมีความพึงพอใจในงานและ ผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น</p> <p>3.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้ สู่การปฏิบัติงานประจำ</p> <p>3.4 มีการพัฒนาและแก้ปัญหาตามปริบท หรือการดูแล สุขภาพที่จำเป็นของประชาชน</p> <p>3.5 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมคิดวางแผนจัดการ ระบบสุขภาพชุมชนร่วมกันและมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเป็น รูปธรรม</p>	<p>1. ประเมินความพึงพอใจ และผลลัพธ์ของงาน</p> <p>2. โครงการ ODOP</p> <p>3. มีแผนและวิจัยจากการประจำ(R2R) ที่ เกี่ยวกับประเด็น ODOP</p>
4	<p>ดำเนินการในระดับที่ 1 , 2 , 3 ครบทุกขั้นตอน และ</p> <p>4.1 คณะกรรมการสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็น รูปธรรม (ตัวอย่างโครงการต่างๆ)</p> <p>4.2 บุคคลอื่น/ผู้รับบริการมีความพึงพอใจการ ปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน</p> <p>4.3 แผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้ การปฏิบัติงานประจำการสร้างสรรค์นวัตกรรม</p> <p>4.4 มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาและการ แก้ปัญหา</p> <p>4.5 ชุมชนและเครือข่ายมีแผนการบริหารจัดการ สุขภาพชุมชนพร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วม ตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น</p>	<p>1. มีนวัตกรรมหรือผลงานเด่นเกี่ยวกับ ODOP</p> <p>2. มีการรายงาน/สรุปการประเมินโครงการให้ ประชาชน</p> <p>3. รายงานความก้าวหน้าและประเมินผลให้ คณะกรรมการที่ประชุมทราบ</p> <p>4. สรุปโครงการ/รายงาน</p> <p>5.แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ</p>
5	<p>ดำเนินการในระดับที่ 1,2,3,4 ครบทุกขั้นตอน และ</p> <p>5.1 คณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพมีการประเมินเพื่อ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี</p> <p>5.2 มีการพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงการดูแลแบบองค์ รวม</p> <p>5.3 มีการขยายประเด็นสุขภาพอื่นหรือสามารถดำเนิน แบบอย่างที่ดีเพื่อให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น</p> <p>5.4 ชุมชนและเครือข่ายมีการกำหนดนโยบาย</p>	<p>1. คณะกรรมการมีการประเมินเพื่อวางแผน</p> <p>2.แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร</p>

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	เอกสารอ้างอิง
	สามารถด้านการจัดการสุขภาพมีความเข้มแข็ง พึงตนเองในการจัดการปัญหาสุขภาพในสามารถ พึงตนเองได้	

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมิน คปสอ.รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

ระดับ	1	2	3	4	5
คะแนน รอบ 6 เดือน	70	75	80	85	90
คะแนน รอบ 12 เดือน	75	80	85	90	95

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีตปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2554	2555	2556
คปสอ.เมืองมีการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่มีระดับความสำเร็จ ระดับ 5	จำนวน	N/A	N/A	3

6.1.2 เกณฑ์การให้คะแนนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ(DHS) น้ำหนักร้อยละ 50

เกณฑ์	ระดับคะแนน		
	0	5	10
ด้านกระบวนการ			
1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ (Unity District Health Team)	- ไม่มีการดำเนินการ	- มีคำสั่งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ (Unity District Health Team)	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ (Unity District Health Team) และมีภาคีเครือข่ายในคำสั่งไม่น้อยกว่า 4 ภาคี
2. แผนงาน/กิจกรรม/โครงการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	- ไม่มีการดำเนินการ	- มีการกำหนดแผนงาน/กิจกรรม/โครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยมุ่งสู่การพัฒนาเต็มพื้นที่	- มีการกำหนดแผนงาน/กิจกรรม/โครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยมุ่งสู่การพัฒนาเต็มพื้นที่ และใช้แผนงานฯระดับอำเภอเป็นกลไกขับเคลื่อน โดยการเชื่อมโยงข้อมูลระดับCUP ร่วมกับทีมแพทย์ ทีมสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย
3. กำหนดประเด็นสุขภาพ	- ไม่มีการ	- มีการวิเคราะห์และ	- มีการวิเคราะห์และรวม

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



เกณฑ์	ระดับคะแนน		
	0	5	10
ระดับอำเภอ (ODOP)	ดำเนินการ	รวบรวมปัญหาสุขภาพกับภาคีเครือข่าย โดยจากที่มาของประเด็นปัญหา (รูปภาพกิจกรรม) รวมทั้งกำหนดบทบาทและหน้าที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย	ปัญหาสุขภาพกับภาคีเครือข่าย โดยจากที่มาของประเด็นปัญหา (รูปภาพกิจกรรม) รวมทั้งกำหนดบทบาทและหน้าที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย
4. รายงานการประชุมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	- ไม่มีการดำเนินการ	- มีการรายงานการประชุมอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน และเสนอสรุประยงานการประชุมให้ผู้บริการทราบภายใน 7 วันทำการหลังจากประชุมเสร็จสิ้น โดยมีวาระของการติดตามความก้าวหน้า/รายงานความก้าวหน้า/ความสำเร็จของโครงการตามประเด็น ODOP)	- มีการรายงานการประชุม ≥ 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน และเสนอสรุประยงานการประชุมให้ผู้บริการทราบภายใน 7 วันทำการหลังจากประชุมเสร็จสิ้น โดยมีวาระของการติดตามความก้าวหน้า/รายงานความก้าวหน้า/ความสำเร็จของโครงการตามประเด็น ODOP)
5. แผน R2R ที่เกี่ยวกับประเด็น ODOP	- ไม่มีการดำเนินการ	- มีแผน R2R ที่เกี่ยวกับประเด็น ODOP และนำสู่การปฏิบัติ	- แผน R2R ที่เกี่ยวกับประเด็น ODOP และนำสู่การปฏิบัติ
ด้านผลลัพธ์			
1. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (district health system : DHS)	- ไม่มีการดำเนินการ	- มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (district health system : DHS) ในรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และครอบคลุมการดูแล 3 ระดับ Individual care,Family care,community care รวมถึงการประสานส่งต่อภายในระดับอำเภอหรือระดับที่สูงกว่า กำหนดตัวชี้วัดโครงการ ODOP โดยมี out put out come ที่ชัดเจน และพัฒนาเต็มพื้นที่อำเภอไม่ใช่จำกัดอยู่บ้าน หรือต่ำบลได้ตามหนึ่ง	- มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHS) ในรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และครอบคลุมการดูแล 3 ระดับ Individual care,Family care,community care รวมถึงการประสานส่งต่อภายในระดับอำเภอหรือระดับที่สูงกว่า กำหนดตัวชี้วัดโครงการ ODOP โดยมี out put out come ที่ชัดเจน และพัฒนาเต็มพื้นที่อำเภอไม่ใช่จำกัดอยู่บ้าน หรือต่ำบลได้ตามหนึ่ง

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



เกณฑ์	ระดับคะแนน		
	0	5	10
2. โครงการกองทุนตำบลที่เกี่ยวข้องกับประเด็น ODOP	- ไม่มีการดำเนินการ	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนโครงการที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเด็น ODOP ≥ ร้อยละ 50 ของพื้นที่ (ประเมิน คปสอ.รอบ 6 เดือน) - มีโครงการกองทุนตำบลที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเด็น ODOP ≤ ร้อยละ 50 ของพื้นที่ (ประเมิน คปสอ.รอบ 12เดือน) 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนโครงการที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเด็น ODOP ≥ ร้อยละ 50 ของพื้นที่ (ประเมิน คปสอ.รอบ 6 เดือน) - มีโครงการกองทุนตำบลที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเด็น ODOP ≥ ร้อยละ 50 ของพื้นที่ (ประเมิน คปสอ.รอบ 12เดือน)
3. มีนวัตกรรมหรือผลงานเด่นเกี่ยวกับ ODOP	- ไม่มีการดำเนินการ	มีนวัตกรรมหรือผลงานเด่นเกี่ยวกับ ODOP อย่างน้อยจำนวน 1 เรื่อง	- มีนวัตกรรมหรือผลงานเด่นเกี่ยวกับ ODOP ≥ 1เรื่อง
4. ประเมินความพึงพอใจ	- ผลการประเมินความพึงพอใจ ≤ ร้อยละ 70	ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ ร้อยละ 71-80	- ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ ร้อยละ 81
5. สรุปโครงการฯ	- ไม่มีการดำเนินการ	- มีการสรุปผลการดำเนินโครงการฯ ปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไข หรือแผนการดำเนินงานที่จะพัฒนาต่อไป และนำเสนอต่อกองกลางที่ประชุม	- มีการสรุปผลการดำเนินโครงการฯ ปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไข หรือแผนการดำเนินงานที่จะพัฒนาต่อไป และนำเสนอต่อกองกลางที่ประชุม

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมิน คปสอ.รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน

ระดับ	1	2	3	4	5
คะแนน รอบ6 เดือน	70	75	80	85	90



คะแนน รอบ12 เดือน	75	80	85	90	95
-------------------	----	----	----	----	----

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีตปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2554	2555	2556
คปสอ.เมืองมีระดับความสำเร็จการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ(district health system : DHS)	จำนวน	N/A	N/A	N/A

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ - รายงานการประชุม , ลายมือชื่อผู้เข้าประชุม
- แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม - รูปภาพกิจกรรม
- โครงการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่(ODOP) - นวัตกรรมหรือผลงานเด่นระดับอำเภอ
- แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินตนเอง
- เอกสารสรุปผลการดำเนินงานความสำเร็จของโครงการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : เบอร์ติดต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : เบอร์ติดต่อ :



ตัวชี้วัดย่อย 6.2 ระดับความสำเร็จของการมีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

คำอธิบาย :

พัฒนาระบบท่อระบายน้ำและติดตั้งเครื่องกำเนิดไฟฟ้าในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัด ระดับอำเภอ ตำบล มีการดำเนินงานตามกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อม และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง การบริหารจัดการของอำเภอ มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบด้านกลไกและขั้นตอนครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. กลไก หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบบริหารจัดการฯ มีการขับเคลื่อนอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร การจัดองค์กร หน่วยงานหรือคนให้ดำเนินงาน ครอบคลุมในองค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้างทีมงานที่รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่และการควบคุมตามแผนเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดเหตุและหลังเกิดเหตุ

2. ขั้นตอนการบริหารจัดการ หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงานตามวัสดุการบริหารจัดการการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การเตือนภัย

2.2 การจัดทำแผนการดำเนินงานจากข้อมูลการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

2.3 การซ้อมแผน

2.4 การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขภายใต้ความรับผิดชอบ

2.5 การตอบบทเรียน

เกณฑ์การประเมิน

ระดับ ความสำเร็จ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน
1	-จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อส่งการ ประสานงาน และติดตาม กำกับทั้งภายในและภายนอก โดยมีประธาน คปสอ.เป็นผู้บัญชาการ เหตุการณ์ (Incident Commander) ทางการแพทย์และสาธารณสุขของอำเภอใน ขณะที่เกิดภาวะฉุกเฉิน และจัดตั้งคณะทำงานและบุคลากร ทีมปฏิบัติการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ประจำ ทีมงานตามตำแหน่งต่างๆ	1
2	-มีการประชุมคณะกรรมการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุขของหน่วยงาน	2
3	-คณะกรรมการจัดทำบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างแยกตามระดับการเกิดภัย ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และภัยหลังเกิดเหตุ เตรียมพร้อมตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข มีแผนเตรียมความพร้อม เพื่อซ้อมแผนและ ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับหน่วยงาน	3
4	-มีการดำเนินการซ้อมแผนของหน่วยงาน	4
5	-ดำเนินการตอบบทเรียนและหาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานจากการซ้อม แผนพร้อมให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงเสนอผู้บริหาร	5

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมิน รอบ 6 เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 1	1 คะแนน
มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 2	3 คะแนน
มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 3	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมิน รอบ 12 เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 1	1 คะแนน
มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 2	2 คะแนน

มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 3	3 คะแนน
มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 4	4 คะแนน
มีกลไกและขั้นตอนการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ระดับ 5	5 คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ			
		2553	2554	2555	2556
- ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ตามเกณฑ์	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	4

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และคณะกรรมการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน
- บันทึกเชิงคณิตกรรมการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขประชุม
- รายงานผลการประชุมเสนอผู้บริหารรับทราบทุกรั้ง
- มีบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างทั้ง 3 ระยะของหน่วยงาน
- แผนเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน
- รายงานการดำเนินการซ้อมแผนของหน่วยงาน
- สรุปการทดสอบที่เรียนการดำเนินการซ้อมแผน
- รายงานสรุปผลการดำเนินงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

เบอร์โทรศัตติต่อ :

เบอร์โทรศัตติต่อ :



ตัวชี้วัดที่ 7 : ระดับความสำเร็จของจัดการลดป่วยและตายของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ร้อยละ 9

คำอธิบาย :

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัด หมายถึง โรคที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยและตายอยู่ในอัตราสูง และ/หรือ โรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาวะของประชาชนทั้งจังหวัด ได้แก่ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อ



น้ำดี ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไข้เลือดออก โรคเลปโตสิปรอชิส อุจจาระร่วง และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Strept.suis

การลดการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหา หมายถึง อัตราการลดลงของการป่วยและตายจากโรคที่เป็นปัญหาได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ตัวชี้วัดย่อย 7.1 : ระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกัน เพื่อลดปัญหารोคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี

หน่วยวัด : ระดับ

หน่วยนัก : ร้อยละ 3

คำอธิบาย :

การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหารोคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ เป็นเกณฑ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน ในการจัดการกับปัญหารोคพยาธิใบไม้ตับมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร แผนนำ การคัดแยกกลุ่มเสี่ยง และแก้ไขปัญหานอกกลุ่มเสี่ยง

ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด หมายถึง ความสามารถของในการดำเนินงานแก้ไขปัญหารोคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน
การดำเนินงานแก้ไขปัญหารोคพยาธิใบไม้ตับ โรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ	<p>1. มีคณะกรรมการแก้ไขปัญหารोคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับที่ประกอบด้วยหน่วยงานและภาคส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ วางแผน โดยมีรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ ติดตามผลการดำเนินงานการดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหายอย่างน้อย 1 ครั้ง/รอบการประเมิน</p> <p>2. มีการคัดเลือกพื้นที่เสี่ยง ดำเนินการแก้ไขปัญหารोคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ อย่างน้อย 2 ชุมชน</p> <p>3. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหา/ตอบสนองและลดอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ โดยพิจารณาดำเนินการในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหารोคดังกล่าวในอัตราสูงของ</p>

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน
	<p>อำเภอเมืองนครพนม</p> <p>4. แผนปฏิบัติการป้องกัน แก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ</p> <p>5. มีการนำแผนปฏิบัติการป้องกัน แก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับไปปฏิบัติ โดยมีหลักฐานความสำเร็จตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>6. มีการระดมทุน/จัดหารบประมาณ เพื่อดำเนินการตามแผนแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ จากหน่วยงานอื่นอย่างชัดเจน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนต่าง ๆ ในพื้นที่</p> <p>7. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร/อาสาสมัครสาธารณสุข/แกนนำชุมชนในพื้นที่เกี่ยวกับการป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>8. บุคลากรสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข/แกนนำชุมชน มีผลการดำเนินงานเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ แก่ประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม โดยขยายผลไม่น้อยกว่าอัตราส่วน 1 : 5</p> <p>9. มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ</p> <p>10. มีผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่แสดงให้เห็นจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการ เช่น กลุ่มที่ต้องให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตรวจสอบจากราชการแพทย์ หรือกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังตนเอง โดยการตรวจอัลตราซาวด์</p> <p>11. มีผลการดำเนินงานให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>12. สนับสนุนให้มีกิจกรรมประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสรการแก้ไขปัญหาแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรม โดยบุคลากรแกนนำ /อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการ</p>



ตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน
	<p>พัฒนาศักยภาพฯ</p> <p>13. มีการเสนอสถานการณ์ปัญหาและผลการดำเนินงานแก่ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ ต่อคณะกรรมการฯ อย่างน้อยรอบประเมินละ 1 ครั้ง</p> <p>14. มีผลการดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหามะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับและโรคพยาธิใบไม้ตับประจำปี โดยสรุป ปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง การดำเนินงานในปีต่อไป</p>

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน}}{\text{จำนวนข้อเกณฑ์การประเมินทั้งหมด}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมิน รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับฯ คะแนนร้อยละ 60 - 69	1 คะแนน
ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับฯ คะแนนร้อยละ 70 – 79	2 คะแนน
ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับฯ คะแนนร้อยละ 80 - 89	3 คะแนน
ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับฯ คะแนนร้อยละ 90 – 94	4 คะแนน
ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับฯ คะแนนร้อยละ 95 -100	5 คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2553	2554	2555	2556
ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับฯ	คะแนน	NA	NA	NA	

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตับ ระดับ



อำเภอ/ ตำบล

- แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีตั้งแต่ระดับอำเภอ/ ตำบล
- สรุปผลการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อทางเดินตับ
- เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

เบอร์โทรศัตติต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

เบอร์โทรศัตติต่อ :

ตัวชี้วัดย่อย 7.2 : ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันดูแลภาวะแทรกซ้อนโรคไตรายเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยวัด : ระดับ

หน่วย : ร้อยละ 3

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือในทะเบียน ICD-10 ระบุรหัสโรค E 10 - E 14 ทั้งรายเก่าและรายใหม่

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือ ในทะเบียน ICD-10 ระบุรหัสโรค I10- I14 ทั้งรายเก่าและรายใหม่

การตรวจท้าอย่างละเอียด หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจท้าอย่างละเอียดประจำปี โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว ทั้งโดยการสังเกตสภาพผิวหนังภายนอก, การตรวจปลายประสาทเท้า, การคลำซี่พจรที่เท้า อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

การตรวจประจำอาทิตา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจประจำอาทิตาโดยละเอียด โดยจักษุแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา โดยใช้ Fundus Camera ปีละ 1 ครั้ง

การตรวจ HbA1c หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ปีละ 1 ครั้ง

- การตรวจ Urine macroalbumin ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง / Urine Microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานปีละ 1 ครั้ง

- การตรวจ LDL ปีละ 1 ครั้ง

- ตรวจฟัน ปีละ 1 ครั้ง

โรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ภาวะที่มีเหตุทำให้ตัวกรองหรือห่อคุดกลับของไตเสื่อมไปหรือเสียไปยังผลให้ได้ทำงานได้น้อยลง ทำให้ของเสียสะสมในร่างกายจนรู้สึกไม่สบาย และเกิดโรคสีบเนื่องอีกหลายอย่างเช่น เมื่อการผลิตสารควบคุมความดันเลือดโดยไตรพิดปิกต์ไบค์ทำให้เกิดโรคความดันเลือดสูง ซึ่งส่งผล



ต่อไปให้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ ได้ง่ายขึ้น เมื่อไตรสิโนมีกระบวนการสร้างเม็ดเลือดลดลง ก็ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง เมื่อสร้างสารช่วยดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลงก็ทำให้ร่างกายขาดแคลเซียมและเป็น โรคกระดูกพรุน เป็นต้น

ระยะ (Stage) ของโรคไตเรื้อรัง

- ระยะที่ 1 ตรวจพบพยาธิสภาพที่ไม่แล้ว แต่ไม่ทำงานปกติ (GFR 90 มล./นาที ขึ้นไป)
- ระยะที่ 2 ตรวจพบพยาธิสภาพที่ไม่แล้วและไม่เริ่มทำงานผิดปกติเล็กน้อย (GFR 60-89 มล./นาที)
- ระยะที่ 3 ไม่ทำงานผิดปกติปานกลาง ไม่ว่าจะตรวจพบพยาธิสภาพที่ไม่หรือไม่ก็ตาม (GFR 30-59 มล./นาที)
- ระยะที่ 4 ไม่ทำงานผิดปกติมาก (GFR 15-29 มล./นาที)
- ระยะที่ 5 ระยะสุดท้าย (GFR ต่ำกว่า 15 หรือต้องล้างไต)

เกณฑ์การประเมิน :

หัวข้อ	เกณฑ์การประเมิน
1.การนำองค์กร (4 คะแนน)	<p>1.1 มีนโยบายที่แสดงความมุ่งมั่นต่อการบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยโรควิกฤติของหน่วยบริการ (1 คะแนน)</p> <p>1.2 มีคณะกรรมการ/คณะทำงานรับผิดชอบ มีผู้รับผิดชอบระบบบริหารจัดการโรคไตรายเรื้อรัง Case Manager ที่ชัดเจน และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน (1 คะแนน)</p> <p>1.3 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์สมำเสນอย่างต่อเนื่องให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล และประชาชนทั่วไป รับรู้เกี่ยวกับนโยบาย กลวิธี และมาตรการต่อการบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยโรคไตรายเรื้อรังของหน่วยบริการ (1 คะแนน)</p> <p>1.4 มีการสนับสนุนเพื่อประสานการบริการ และใช้ทรัพยากร่วมกันในการดำเนินงานสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน สนับสนุนสุขภาพชุมชน ประสานและสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่น (1 คะแนน)</p>
2.การวางแผน และบริหาร เชิงกลยุทธ์ (4 คะแนน)	<p>2.1 มีการจัดทำกลยุทธ์การบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยโรคไตรายเรื้อรังของหน่วยบริการ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ จัดลำดับความสำคัญ จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่น ๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ (1 คะแนน)</p> <p>2.2 มีแผนงานหลัก และแผนปฏิบัติการด้านโรคเรื้อรังที่สอดคล้องแนวทางการดำเนินงานโครงการฯ กำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการ และตัวชี้วัดที่ชัดเจน (1 คะแนน)</p> <p>2.3 มีกลไก การดูแล กำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (1 คะแนน)</p>

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



หัวข้อ	เกณฑ์การประเมิน
	2.4 มีการวิเคราะห์และนำผลการประเมินสู่การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (1 คะแนน)
3.การมุ่งเน้น ผู้รับบริการ/ ประชาชน(4 คะแนน)	<p>3.1 มีทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยมุ่งเน้นคัดกรอง</p> <p>-ระยะที่ 1 จำนวนคน -ระยะที่ 2 จำนวนคน</p> <p>-ระยะที่ 3 จำนวนคน -ระยะที่ 4 จำนวนคน</p> <p>-ระยะที่ 5 จำนวน ... คน</p> <p>เพื่อให้สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม ตรงกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม (1 คะแนน)</p>
	3.2 มีช่องทาง/เวที สำหรับผู้รับบริการเพื่อการรับฟังข้อคิดเห็น ความต้องการความพึงพอใจ ของการจัดการบริการที่จำเป็น เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกัน ดูแลรักษา (1 คะแนน)
	3.3 คืนข้อมูลแก่ผู้รับบริการและมีการสื่อสาร ให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ เพื่อสร้างความตระหนัก และความร่วมมือจากผู้รับบริการ สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (1 คะแนน)
	3.4 มีการประเมินต่อกำลังใจของผู้รับบริการ และวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนา (1 คะแนน)
4.การวัด วิเคราะห์ และ การจัดการ ความรู้(4 คะแนน)	<p>4.1 มีข้อมูลสถิติ สถานการณ์ของโรค ที่จำเป็นสำหรับบุคลากร/ผู้บริการ/ผู้รับบริการ/ องค์กรภายนอกที่เอื้อต่อการบริหารจัดการให้บริการและการพัฒนาคุณภาพบริการ (1 คะแนน)</p> <p>4.2 มีการพัฒนา/นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงานวิเคราะห์ (1 คะแนน)</p> <p>4.3 วิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง ปัจจัยความสำเร็จ จัดเก็บองค์ความรู้ นวัตกรรม แนวปฏิบัติ ที่ดี ที่ได้รับจากการปฏิบัติงานโรคติดตัวรายเรื้อรัง (1 คะแนน)</p> <p>4.4 มีศูนย์เรียนรู้/เวที เพื่อถ่ายทอดแลกเปลี่ยนหรือจัดการความรู้ เพื่อการปรับปรุงพัฒนา งาน (1 คะแนน)</p>
5.การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล (4 คะแนน)	<p>5.1 มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในรูปแบบต่าง ๆ ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ (1 คะแนน)</p> <p>5.2 มีกิจกรรมเสริมพลัง สร้างแรงจูงใจเพื่อผู้ให้บริการมีความทุ่มเท เอาใจใส่ต่องานและ ผู้รับบริการ (1 คะแนน)</p> <p>5.3 มีกิจกรรมด้านสร้างความตระหนัก/การสร้างแรงจูงใจในบทบาทของการเป็นแบบอย่าง ที่ดีด้านสุขภาพ (1 คะแนน)</p>
6.การจัดการ	6.1 มีการออกแบบระบบและกระบวนการทำงานตามกลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับบริการ เช่น



หัวข้อ	เกณฑ์การประเมิน
กระบวนการ (4 คะแนน)	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดบริการตรวจสุขภาพเชิงรุกและการคัดกรอง - มีระบบเฝ้าระวังข้อมูล ติดตามและสร้างเสริมสุขภาพ - มีคลินิก CKD หรือคลินิกให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิชีวิตได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน - มีการค้นหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หรือส่งต่อเพื่อค้นหาจากสถานบริการที่ศักยภาพไม่เพียงพอ - มีการสนับสนุน/พัฒนาความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย/ร่วมดำเนินงานในชุมชน <p>(1 คะแนน)</p>
	6.2 มีระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งในระดับสถานบริการสุขภาพและชุมชน (1 คะแนน)
	6.3 มีการจัดสรรหรือบริหารจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมสมสอดคล้องในการดำเนินงาน (1 คะแนน)
	6.4 มีการปรับปรุงกระบวนการการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น โดยนำข้อมูลจากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่ายมาใช้ในการจัดการกระบวนการ (1 คะแนน)
7.ผลลัพธ์การดำเนินงาน (8 คะแนน)	<p>7.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ร้อยละ 70</p> <p>7.2 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ LDL ร้อยละ 70</p> <p>7.3 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจตา ร้อยละ 80</p> <p>7.4 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า ร้อยละ 80</p> <p>7.5 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจสุขภาพฟัน ร้อยละ 70</p> <p>7.6 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Urine Microalbumin ร้อยละ 70</p> <p>7.7 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Urine Macroalbumin ร้อยละ 70</p> <p>7.8 มีการจัดตั้งชุมชนรักษสุขภาพรักษ์ตัว/สร้างเครือข่ายคุณภาพการดูแลผู้ป่วย DM/HT</p>

สูตรการคำนวณ :

จำนวนคะแนนที่ผ่านการประเมิน X 100
จำนวนคะแนนเกณฑ์การประเมินทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมิน รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลภาวะแทรกซ้อนโรคไตวัยเรื้อรัง ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40-49	1 คะแนน
---	---------

มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลภาวะแทรกซ้อนโรคไตawayเรื้อรัง ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50-59	2 คะแนน
มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลภาวะแทรกซ้อนโรคไตawayเรื้อรัง ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60-69	3 คะแนน
มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลภาวะแทรกซ้อนโรคไตawayเรื้อรัง ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70-99	4 คะแนน
มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลภาวะแทรกซ้อนโรคไตawayเรื้อรัง ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ≥ร้อยละ 80	5 คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ			
		2553	2554	2555	2556
- ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแล ภาวะแทรกซ้อนโรคไตawayเรื้อรังฯ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ	NA	NA	NA	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ และมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน บันทึกการประชุมคณะกรรมการหรือ คณะกรรมการ
2	เอกสารกำหนดนโยบาย และทิศทางในการดำเนินงาน
3	แผนงาน/โครงการ
4	แบบบันทึก/ทะเบียน/รายงาน กิจกรรมการดำเนินงานที่ครอบคลุม <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - การค้นหา คัดกรอง - กำหนดกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย หรือ ขาว เทา ดำ) ในพื้นที่ - ทะเบียนภาคีเครือข่าย องค์กร/ชุมชน ที่เข้าร่วมโครงการ - การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพในกลุ่มเป้าหมาย
5	รายละเอียดตัวชี้วัดและแนวทางการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่ชัดเจน
6	แผนปฏิบัติการและบันทึกผลการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และรายงาน การประชุมคณะกรรมการ
7	เอกสารและหลักฐานที่แสดงถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เกิด



	นวัตกรรมใหม่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นรูปธรรม
8	เอกสารองค์ความรู้/รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้รับการสนับสนุนให้การพัฒนาถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อย 1 องค์ความรู้

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

เบอร์โทรศัพท์ต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

เบอร์โทรศัพท์ต่อ :

ตัวชี้วัดที่ 7.3 : ร้อยละคะแนนการบรรลุเป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อุจจาระร่วง โรคเลปโตสไปโรซิส และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Strept. suis ตามเกณฑ์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

คำอธิบาย :

คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของการบรรลุเป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรค หมายถึง ค่าเฉลี่ยที่ พิจารณาจากการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน และผลสำเร็จของการดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดของการ ป้องกันและควบคุมโรคแต่ละโรค

การป้องกันและควบคุมโรคตามเกณฑ์ หมายถึง โรงพยาบาล มีกระบวนการในการดำเนินงานที่ สำคัญและมีผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายหรือผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ มีคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคระดับอำเภอ ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- มีคณะกรรมการดำเนินงาน/คณะทำงาน ในแต่ละโรค
- มีสรุประยงาน/วาระการประชุมของคณะกรรมการฯ เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค

ขั้นตอนที่ ๒ มีแผนงานโครงการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและ ควบคุมโรค ในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย

- ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการ จัดทำแผน จัดสรรงบประมาณ และร่วมดำเนินงานเพื่อลดการป่วย ลดความรุนแรง และการตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาในชุมชน
- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีสมรรถนะสูงในแต่ละโรค



- มีระบบการบริหารจัดการโรค ประกอบด้วย การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุม โรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ ๓ มีการดำเนินการตามแผนงานโครงการที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ ๔ มีการประเมินผลสำเร็จของโครงการ และ

ขั้นตอนที่ ๕ เกิดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละโรค

● ไข้เลือดออก

๑. ชุมชนที่ความซุกซ่อนน้ำยุงลาย (HI/C) ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด (ประเมินรอบ ๓ เดือน) ร้อยละ 70 ขึ้นไป
๒. ไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ ๒๐ จากค่ามัธยฐาน ๕ ปีขึ้นหลัง หรือไม่เกิน ๓๐ ราย ต่อประชากรแสนคน

● อุจจาระร่วง

๑. ร้อยละความครอบคลุมและทันเวลาการสอบสวนควบคุมโรคทางระบาด ร้อยละ ๘๐
๒. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลดลงจากค่ามัธยฐาน ๕ ปีขึ้นหลัง อย่างน้อย ร้อยละ ๕

● สมองอักเสบจากเชื้อ Strept.suis

๑. อัตราป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Strept.suis มีแนวโน้มลดลง

● โรคเลบپ็อตส์ไบโรชิส

๑. อัตราป่วยด้วยโรคเลบป็อตส์ไบโรชิส มีแนวโน้มลดลง

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมิน รอบ ๖ และ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ หน่วยต่อ ๑๐ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลำดับ	รายละเอียด	คะแนน
๑	- มีกระบวนการการดำเนินงานสำคัญและผลการดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามขั้นตอนที่ ๑ - ๔	40 คะแนน
๒	- มีกระบวนการการดำเนินงานสำคัญและผลการดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามขั้นตอนที่ ๑-๔ และ +ผ่านตัวชี้วัดสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน ๑ โรค	50 คะแนน
๓	- มีกระบวนการการดำเนินงานสำคัญและผลการดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ตามขั้นตอนที่ ๑ - ๔ และ +ผ่านตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน ๒ โรค	65 คะแนน

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



๔	<ul style="list-style-type: none"> - มีกระบวนการการดำเนินงานสำคัญและผลการดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามขั้นตอนที่ ๑ – ๔ และ +ผ่านตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 3 โรค 	70 คะแนน
๕	<ul style="list-style-type: none"> - มีกระบวนการการดำเนินงานสำคัญและผลการดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามขั้นตอนที่ ๑ – ๔ และ +ผ่านตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย 4 โรค 	80 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

ระดับความสำเร็จ	ระดับ				
	๑	๒	๓	๔	๕
คะแนน	40	50	65	70	80

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ			
		2553	2554	2555	2556
- ร้อยละคะแนนการบรรลุเป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคเลปโตสไบโพรซิส และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ Strept.suis	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	N/A

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

เบอร์โทรศัตติ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

เบอร์โทรศัตติ :

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



การกำหนดกลยุทธ์ ด้วยเทคนิค TOWs Matrix แต่ละตัวชี้วัดจัดทำมาตราการ และ แผนปฏิบัติการ กำหนดผู้รับผิดชอบ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ
Goal 5 : ภาคเครือข่าย ในระดับชุมชน ท้องถิ่น จนถึงระดับอนุภาครอินโดจีน มีการบูรณาการความร่วมมือ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ			