



## เป้าประสงค์ที่ ๑

**G. เป็นศูนย์บริการสุขภาพที่มีความเป็นเลิศและเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์สำคัญและ Service plan ในอนุภูมิภาคอินโดจีน**

### นิยามเป้าประสงค์ ( Goal Meaning)

ศูนย์บริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลครพนมที่ให้บริการสุขภาพ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุมทุกมิติ

#### ความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพ หมายถึง

๑. ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน และการดำเนินงานที่มีแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)
๒. ผลงานและการบริการสามารถสนับสนุนต่อความต้องการหรือปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างดี
๓. มีการเผยแพร่ผลสัมฤทธิ์ดังกล่าวสู่สาธารณะเพื่อการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ อย่างกว้างขวาง “คุณภาพการบริการสุขภาพของสถานบริการ” หมายถึง การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพชุมชน (PCU) และโรงพยาบาลเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน ทั่วไป โดยให้บริการแบบองค์รวมสอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ใช้มาตรฐานคุณภาพบริการของกระทรวงสาธารณสุข HA/HPH ฯลฯ มาตรฐานวิชาชีพ ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย
๔. โรงพยาบาลผ่านการรับคุณภาพมาตรฐาน จากองค์กรภายนอก (HA) อย่างต่อเนื่อง (ผ่าน Re-accredit)

#### ความเชี่ยวชาญสาขาอุบัติเหตุ หมายถึง ศูนย์อุบัติเหตุระดับ 2 มีรายละเอียดดังนี้

1. สามารถบำบัดรักษาผู้บาดเจ็บทุกระดับความรุนแรงในพื้นที่รับผิดชอบตามเกณฑ์ เท่าที่กำลังบุคลากรและทรัพยากรอำนวย

- ศัลยกรรมอุบัติเหตุ
- ศัลยกรรมทั่วไป
- วิสัยognic
- ไฟไหม้น้ำร้อนลวก
- ศัลยกรรมหู คอ จมูก
- ออร์โธปิดิกส์
- ศัลยกรรมบาดเจ็บใบหน้า
- จุลศัลยกรรม
- ศูตินารีเวชกรรม
- นิติเวชกรรม
- อายุรกรรม
- กุมารเวชกรรม

2. สามารถเปิดห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ทันทีตลอด 24 ชั่วโมง



3. มีระบบการประสานการรับส่งต่อและปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้ตลอด 24 ชั่วโมง
4. บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลได้รับการอบรม ACLS/ATLS ประจำ ER/Ward/ICU ศัลย์ และเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

**ความความเขี่ยวชาญสาขาจักษุ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการด้าน Senile Cataract ที่ให้ครอบคลุมในเขตอนุภูมิภาคอินโดจีน และให้การรักษาโรคทางตาที่มีความซับซ้อน**

**ความเขี่ยวชาญสาขาโรคมะเร็ง หมายถึง ศูนย์มะเร็งระดับ 3 มีรายละเอียดดังนี้**

1. ด้านการวินิจฉัย
  - 1.1 สามารถให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งตัวอย่างที่ไม่ยุ่งยาก เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการในการการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การตรวจเบื้องต้นด้วย ultrasound
2. ด้านการรักษา
  - 2.1 สามารถทำการผ่าตัดไม่ซับซ้อน เช่น modified radical mastectomy ,colectomy
  - 2.2 สามารถให้ยาเคมีบำบัดอย่างง่าย เช่น CMF ,Mayo regimen การให้ยา tamoxifen
  - 2.3 รักษาแบบประคับประคองตามอาการ แพทย์ทางเลือก
  - 2.4 ให้ยาแบบ Day care

**ความเขี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจ หมายถึง เป็นศูนย์หัวใจระดับ 3 มีรายละเอียดดังนี้**

1. บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจผู้ใหญ่และเด็กที่พบบ่อย
2. ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจได้แก่ Acute coronary syndrome, cardiac arrhythmia และ acute heart failure
3. ดูแลผู้ป่วยรายโรคที่พบบ่อยได้แก่ Acute coronary syndrome และ anticoagulation clinic
  - Non-Invasive medicine      มากกว่า 500 ราย
  - Echocardiography
  - Exercise stress test
  - ACS fast track
  - Heart clinic
  - Anticoagulation clinic
4. ศูนย์โรคหัวใจใหม่ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดบางประเภท
5. มีบริการ CathLab

**ความเขี่ยวชาญสาขาหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง เป็นศูนย์หัวใจและหลอดเลือด ระดับ 3 มีบริการดังนี้**



## 1. ด้านการวินิจฉัย

- 1.1 x-ray
- 1.2 O2 monitoring
- 1.3 Blood gas
- 1.4 Hearing screening in high risk case
- 1.5 ROP(Retinopathy of Prematurity) screening
- 1.6 Screening CHD(Congenital Heart Disease)

## 2. ด้านการรักษา

- 2.1 Respiratory failure in NB
- 2.2 Stabilize prepare for transport
- 2.3 Long term follow up
- 2.4 Back transport
- 2.5 NB care BW<1,000 g
- 2.6 Transport team

ความเชี่ยวชาญสาขาทันตกรรม หมายถึง เป็นศูนย์ Maxillo facial training Center และ cleft center ฝึกอบรมการผ่าตัด ด้าน Maxillo facial และ cleft center

## ยุทธศาสตร์สำคัญ หมายถึง

ประเด็นปัญหาพื้นที่ที่ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ และกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของพื้นที่ในระดับเขตบริการสุขภาพที่๘ และสอดคล้องกับปัญหาพื้นที่จังหวัดนครพนมที่รับผิดชอบ และเขตจังหวัดใกล้เคียงประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๕ ร่องหลัก ดังนี้

- 1.1 การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
  - 1.2 การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจ และหลอดเลือด
  - 1.3 การพัฒนาระบบบริการ ER&EMS คุณภาพ
  - 1.4 การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก
  - 1.5 การพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี
  - 1.6 การพัฒนาระบบการส่งต่อ
  - 1.7 การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคทางตา
  - 1.8 การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม
  - 1.9 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต
  - 1.10 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง
  - 1.11 การพัฒนาระบบการจัดซื้อร่วม
- ๑.๑๒ การพัฒนาระบบประเมินผล รพ.สต./คปสอ. ติดดาว



๑.๓๓ การพัฒนาระบบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลด้วย Hospital accreditation

๑.๓๔ การพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ

๑.๓๕ การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว Long term care

### แผน service plan หมายถึง

แผนการจัดบริการสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพทุกระดับ มุ่งให้บริการแต่ละระดับสถานพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เชื่อมโยงการให้บริการแบบไร้รอยต่อ ลดระยะเวลาการรักษา ลดอัตราการป่วย อัตราการตายที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ซึ่งมี 10 สาขา และเพิ่มสาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 1 สาขา ดังนี้

1.1 สาขาหลัก 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก

1.2 สาขาหัวใจและหลอดเลือด

1.3 สาขาอุปติดเหตุฉุกเฉิน

1.4 สาขาตา/ใบ

1.5 สาขามารดาและทารกแรกเกิด

1.6 สาขามะเร็ง

1.7 สาขาทันตกรรม

1.8 สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.9 สาขาจิตเวช

1.10 สาขาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม

1.11 สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ในอนุภูมิภาคอินโดจีน หมายถึง เป็นศูนย์บริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพประชาชนในเขตอนุภูมิภาคอินโดจีน ประกอบด้วยประชาชน ไทย, ลาว, เวียดนาม และจีนตอนใต้

### จุดยืน :

๑. ยกระดับศักยภาพการบริการด้านสุขภาพให้จังหวัดนครพนมเป็นศูนย์กลางที่มีความเป็นเลิศในด้านการบริการสุขภาพในระดับประเทศ
๒. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรในระบบการรักษาพยาบาลมีความเชี่ยวชาญ มีการรวมกลุ่มวิชาชีพ ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง



๓. มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและการรักษาอย่างเหมาะสม
๔. ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA ,PCA
๕. เสริมสร้างองค์กรส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ
๖. ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการให้บริการทางสุขภาพ ( Green and Happiness )
๗. องค์กรแพทย์มีความเข้มแข็ง กลุ่มวิชาชีพมีการรวมตัวกันเพื่อการพัฒนาการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

#### การวิเคราะห์ศักยภาพ และสภาพแวดล้อมของเป้าประสงค์ (SWOT Goal)

G๑. เป็นศูนย์บริการสุขภาพที่มีความเป็นเลิศและเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์สำคัญและ Service plan ในอนุภูมิภาคอินโดจีน

S	O
S๑: ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น/มีนโยบายชัดเจน S๒: มีค่าไนยมร่วม ทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง S๓: มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอาชญากรรม ๗ คน สาขา Maxilo facail ๒ คน สาขาโลหิตวิทยา ๑ คน สาขาจักษุวิทยา ๒ คน สูติแพทย์ ๔ คน มีกุมารแพทย์ ๓ คน สาขาคลินิกธรรมอวอร์โธบิเดก์ ๕ คน	O๑: การคุณภาพดี - ทางอากาศมีเครื่องบินรันละ ๒ เที่ยว ๒ สายการบิน (air ASIA,นกแอร์) - ทางเรือ มีเรือขับส่งสินค้าไปประเทศเพื่อนบ้านรันละ ๑ เที่ยว - ทางบกมีสะพานแห่งที่ ๓ ไปต่างประเทศ



<p>แพทย์แผนจีน ๑ คน</p> <p>S๔: มีสภาพคล่องทางการเงินอยู่ในเกณฑ์ดี</p> <p>ปี 2555 Current ratio = ๒.๑๙</p> <p>Quick ratio = ๑.๙๗</p> <p>ปี 255๖ Current ratio = ๑.๙๑</p> <p>Quick ratio = ๑.๗๑</p> <p>S๕: มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเข่น ระบบเอ็กเรย์ และจัดเก็บข้อมูล(PACs) ,CT scan mammogram เครื่องมือผ่าตัดสมอง เครื่องสลายน้ำ เครื่องมือผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง เครื่องถ่ายจลประสาทตา</p> <p>S๖: ปี 2556 มีห้องผ่าตัดเพียงพอกำหนด ๑๖ ห้องและแยกเป็นห้องผ่าตัดเล็ก ๑ห้อง ผ่าตัดใหญ่ ๑๕ ห้อง , เปิด Stroke Unit ๑ ห้อง</p>	<p>O๒: ที่ตั้งจุดดูแลศูนย์ของโรงพยาบาลเป็นจุดศูนย์กลาง คมนาคมสู่จังหวัด</p> <p>O๓: ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก(นักการเมือง) ภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน ผลักดันอย่างเต็ม ความสามารถให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งอนุภูมิภาคอินโดจีน</p> <p>O๔: ได้รับอนุมัติจาก ครม.ให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สุขภาพแห่งอนุภูมิภาคอินโดจีน</p> <p>O๕: รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมาประชุมที่จังหวัด นครพนมวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๕ และ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖</p> <p>O๖: ได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทางจังหวัด ทั้ง ทางด้านงบประมาณ และ บุคลากรที่เชี่ยวชาญในการ ผ่าตัดทางจักษุ</p>
<p>W</p> <p>W๑: มีศัลยแพทย์ ๒ คน มีแพทย์แผนจีน ๑ คน มี ศัลยแพทย์ระบบประสาท ๑ คน (ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล นครพนมเพียง สัปดาห์ละ ๓ วัน)</p> <p>W๒ : ขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น Trauma Newborn Cardio</p> <p>W๓ : ระบบว่างแผนทางด้าน HUM,HR ทั้งทางด้าน อัตรากำลัง สถานที่ สมรรถนะ</p> <p>W๔ : ไม่มีศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีพยาบาลเฉพาะทาง ศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวน ๕ คน</p> <p>W๕ : ไม่สามารถผ่าตัดในกรณี case ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ และสมรรถนะบุคลากร</p>	<p>T</p> <p>T๑: มีโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีศักยภาพสูงกว่า</p> <p>T๒: มีผู้ป่วยที่ต้องอนุเคราะห์ที่ต้องอนุเคราะห์ค่า รักษาพยาบาลมาก รับบริการจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ปี ๒๕๕๕=๒,๔๗๔,๓๓๓ บาท</p>

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557







การกำหนดกลยุทธ์ ด้วยเทคนิค TOWs Matrix แต่ละตัวชี้วัดจัดทำมาตรการ และ แผนปฏิบัติการ กำหนดผู้รับผิดชอบ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์	มาตรการ (PDCAS)	ผู้รับผิดชอบ
Goal ๑ : เป็นศูนย์บริการสุขภาพ ที่มีความเป็นเลิศและเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพ 11 สาขา ตาม service plan ในอนุภูมิภาคอินโดจีน	กลยุทธ์ที่ ๑: S๑,๓,๕:O๑,๒,๓,๔,๖ ขยายการบริการที่มีความเป็นเลิศและเชี่ยวชาญ 11 สาขา ดังนี้ 1.1 สาขาหลัก 5 สาขา สุติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก 1.2 สาขาทั่วไปและหลอดเลือด 1.3 สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1.4 สาขาตา/ตี 1.5 สาขามารดาและทารกแรกเกิด 1.6 สาขามะเร็ง 1.7 สาขาทันตกรรม 1.8 สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1.9 สาขาจิตเวช 1.10 สาขาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม 1.11 สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก สู่ระดับภูมิภาคอินโดจีน ด้วยพลังของผู้บริการ และฝ่ายการเมือง	<u>กระบวนการวางแผน (Plan)</u> 1. จัดทำแผนงาน/แผนปฏิบัติการความเป็นเลิศและเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน 11 สาขา แบบเขิงรุก ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการในเขตอนุภูมิภาคอินโดจีน แบบบูรณาการทั้งระดับเขต จังหวัดจนถึงโรงพยาบาล <u>การปฏิบัติตามแผน (Do)</u> - ดำเนินการตามแผนงานในแต่ละสาขาอย่างเข้มแข็งแบบมีเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ <u>การประเมินผล (Check)</u> - มีระบบติดตามประเมินผล ตามแผนงานโครงการ ที่ต่อเนื่อง - มีทีมประเมิน(SAT Team) ที่เข้มแข็ง <u>การปรับปรุงและพัฒนา (Action)</u> - มีนวัตกรรมด้านการสนับสนุนให้เกิดมีคุณภาพ - มีนวัตกรรมด้านคุณภาพ - มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้านคุณภาพการรักษาบริการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม - สรุปผลงานในรูปแบบ Clinical Tracer ในแต่ละสาขา	
	กลยุทธ์ที่ ๒ S๑,๓,๕:T๒ = เร่งรัดประสานเชิงนโยบาย ในการสร้างมาตรการการบริการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่อนุเคราะห์ และคนต่างชาติ ด้วยกลไกทางการเมืองและการบริหาร	<u>กระบวนการวางแผน (Plan)</u> 1. มีคณะกรรมการระดับจังหวัด เรื่อง การอนุเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ 2. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการเชิงนโยบายเรื่องการอนุเคราะห์	

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



		<p>กลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ</p> <p><b>การปฏิบัติตามแผน (Do)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ</li> </ol> <p><b>การประเมินผล (Check)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบติดตามประเมินผล ตามแผนปฏิบัติการ</li> </ul> <p><b>การปรับปรุงและพัฒนา (Action)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม</li> </ul>	
	<p>กลยุทธ์ที่ ๓ W๒,๓,๔,๖ :๐๔ = ประสานความร่วมมือเชิงนโยบาย ใน การพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในด้านที่ขาดแคลน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ด้าน Trauma</li> <li>ด้านมะเร็ง</li> <li>ด้านหัวใจ</li> <li>ด้านแม่และเด็ก</li> <li>ด้าน Newborn</li> </ol>	<p><b>กระบวนการวางแผน (Plan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแผนงาน/แผนปฏิบัติการความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trauma</li> <li>- ด้านมะเร็ง</li> <li>- ด้านหัวใจ</li> <li>- ด้านแม่และเด็ก</li> <li>- ด้าน Newborn</li> </ul> <p>ตาม Service Plan ในแต่ละปี ทั้งด้าน บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งก่อสร้าง รวมถึงช่องทางและ ความร่วมมือเชิงนโยบายในการ บรรลุวัตถุประสงค์</p> <p><b>การปฏิบัติตามแผน (Do)</b> ดำเนินการตามแผนงานในแต่ละด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trauma</li> <li>- ด้านมะเร็ง</li> <li>- ด้านหัวใจ</li> <li>- ด้านแม่และเด็ก</li> <li>- ด้าน Newborn</li> </ul> <p><b>การประเมินผล (Check)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบติดตามประเมินผล ตามแผนงานโครงการ โดย SAT Team</li> </ul>	

## กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



		<p>จากการบรรลุแผนปฏิบัติการคิดเป็นร้อยละ</p> <p><b><u>การปรับปรุงและพัฒนา (Action)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- มีนวัตกรรมด้านการสนับสนุนให้เกิดมีคุณภาพ</li><li>- มีนวัตกรรมด้านคุณภาพ</li><li>- มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในด้านคุณภาพการรักษาบริการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม</li><li>- สรุปผลงานในรูปแบบ Clinical Tracer ในแต่ละสาขา</li></ul>	
--	--	---	--



## ระบบวัดและประเมินผล ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐

**ตัวชี้วัดที่ ๑.๑ :** ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ ๕ สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุกูมิภาคอินโดจีน

**หน่วยวัด :** ระดับความสำเร็จ

**น้ำหนัก :** ร้อยละ ๓

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผนต่อเนื่อง อย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	๑๐ (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของ คณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการปี ๒๕๕๗ ที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุ รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่ง งบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐  ร้อยละ ๖๐  ร้อยละ ๗๐	๓๕  (20)  (๓๐)  (๓๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ 1. CMI รายแผนกมีระบบจัดการตามเป้าหมาย เพื่อ กระจายผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นหรือส่งกลับไปรักษา	๔๐  (10)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
<b>รพ.เป้าหมาย เป็นไปตามเกณฑ์</b> <b>สาขาศัลยกรรม (30 คะแนน)</b> 1. มีการผ่าตัดผู้ป่วยได้ถึงยกเสบ ในรพช.ที่เป็น Node > 25 % ในแต่ละปี เมื่อเทียบกับรพ.แม่ข่าย 2. อัตราการเกิด rupture appendicitis ลดลงทุกปี	(20)	แผนปฏิบัติการ -CMI รายแผนก - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายแผนก -ข้อมูลสถิติที่รพช. และ Hos.base -การนิเทศติดตาม
<b>สาขาสูติกรรม (30 คะแนน)</b> 1. มีการผ่าตัด case elective C/S และทำหมัน ใน รพช.ที่ เป็น Node 2. อัตราการตาย ต่อแสวงการเกิดมีชีพ เป็นศูนย์	(10)	
3. บริการห้องคลอดคุณภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ***	(10)	
<b>สาขาอายุรกรรม (30 คะแนน)</b> 1. อัตราการเกิด Septic shock ในผู้ป่วย sepsis ลดลง 2. อัตราตายด้วย Septic shock ลดลง	(15) (15)	
<b>สาขากุมารเวชกรรม (30 คะแนน)</b> 1. อัตราการตายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภายใน ๒๘ วัน ไม่เกิน 8/1,000 หรือมีแนวโน้มลดลง*** 2. อุบัติกรณ์การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) น้อยกว่า 25 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 3. อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วันลดลง	(10) (10) (10)	
<b>สาขาศัลยกรรมกระดูก (30 คะแนน)</b> 1. มี รพช.ที่เป็น Node สามารถเข้าถึงออกและใส่ K-wire ได้ 2. การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไปรพ.ที่มีศักยภาพ มากกว่า ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	(20) (10)	
<b>รวม</b>	<b>100</b>	

**เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน**

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 60 คะแนน	๗ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม	๔ คะแนน



ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 70 คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน 90 คะแนน	๕ คะแนน

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ 5 สาขา สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก	ระดับ	NA	NA	NA	๕
- จำนวนมารดาตาย	ราย	0	1	1	
- อัตราตายด้วย Septic shock	ต่อแสน	0	0	9	
- อัตราการเกิด LBW	ร้อยละ	9.68	9.88	10.41	
- อัตราอุบัติการณ์ Birth asphyxia	ต่อแสน	30.5	29.4	26.6	
- การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บไปสันหลัง ไปรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า	ราย	1	2	1	
- อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน	ต่อแสน	15.39	16.12	18.03	

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์สมชาย เชื่อนานนท์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ เบอร์โทรศัพต์ต่อ:0810528800

### ผู้จัดเก็บข้อมูล :

1.สาขาสูติกรรม: นางอิงอร โยธา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพต์ต่อ:0836609477

2.สาขาศัลยกรรม: นางบุญร่วม ปริปุณณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรศัพต์ต่อ:0896213517

3.สาขาอายุรกรรม: นางนริสา ศรีลาชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพต์ต่อ:0819545114



4. สาขาศัลยกรรมกระดูก: จันทร์จิรัชช์ เสือทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์: 0810507048

5. สาขากุมารเวชกรรม: นางมารศรี ศิริสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์: 0810492177

**ตัวชี้วัดที่ ๑.๒ :** ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาหัวใจและหลอดเลือดของอนุภูมิภาคอินโดจีน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : **ร้อยละ 5**

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผนต่อเนื่อง อย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	๑๐ (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุ

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
		รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐  ร้อยละ 60  ร้อยละ 70	3๕  (20)  (๓๐)  (๓๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดได้ หัวใจ  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการ รักษาด้วยการเปิดเส้นเลือดด้วยการให้ยา Fibrinolytic Agent หรือได้รับการส่งต่อเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด เท่ากับ หรือมากกว่า ร้อยละ ๗๐ ***  2. ผู้ป่วยSTEMIเสียชีวิตในโรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ ๕** หลอดเลือด  3. จำนวนรพช. ที่สามารถให้ Thrombolytic agent ได้ และ มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นตามลำดับทุกปี *  4. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการระบบ stroke fast tract  5. อัตราตายของผู้ป่วย stroke ลดลง**	40  (10)  (5)  (10)  (10)  (5)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายแผนก - ข้อมูลสถิติที่ รพช. และ Hos.base - การนิเทศติดตาม
รวม	100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข    \*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๙

#### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาหัวใจและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาหัวใจและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาหัวใจและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน



## เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวัสดุและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวัสดุและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวัสดุและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวัสดุและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวัสดุและหลอดเลือด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

## รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	256
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญสาขาวัสดุและหลอดเลือดของอนุภูมิภาคอินโดจีน	ระดับ ร้อยละ	NA NA	NA NA	NA NA	
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วยการเปิดเส้นเลือดด้วยการให้ยา Fibrinolytic Agent หรือได้รับการส่งต่อเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด	ร้อยละ	4.47%	4.61%	10.93%	
- อัตราตายผู้ป่วย STEMI	จำนวน	0	0	0	
- รพช. ที่สามารถให้ Thrombolytic agent ได้	ร้อยละ	NA	15.38%	0 %	
- ร้อยละผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการระบบ stroke fast tract	ราย	28	33	40	
- การเสียชีวิตในผู้ป่วย stroke	ร้อยละ	20%	16.66%	6.6%	
- Door to needle time ใน STEMI ภายใน 30 นาที	ร้อยละ	NA	15.38%	23.80%	
- Door to needle time ใน Stroke Fast Track ภายใน 60นาที					

## แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเพื่องรักษ์ ร่วมเจริญ นายแพทย์เขี่ยวชาญ เปอร์โตรติดต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



STEMI 1. แพทย์หญิงปนัดดา เกียรติจันน์ นายแพทย์ชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ต่อ :0894540380

๒. นางสาวสุดใจ ศรีสังค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Stroke 2.นายแพทย์กิติศักดิ์ ฐานวิเศษ

เบอร์โทรศัพท์ต่อ :



**ตัวชี้วัดที่ ๑.๓ : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาอุบัติเหตุฉุกเฉินของอนุภูมิภาคอินโดจีน**

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : **ร้อยละ 5**

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องอย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	15	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๗๐	35 (20) (30) (35)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ๑. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางท้องถนน ลดลงทุกปี** ๒. การตายในรพ.ที่ให้ PS>0.75 ตายน้อยกว่า 20% (ER)* ๓. การตายใน รพ.ที่มีการให้ PS ได้ถูกทบทวน 100% (ER)* ๔. ร้อยละของ ER คุณภาพ***	40 (๙) (๓) (๓) (10)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
๕. ร้อยละของ EMS คุณภาพ***	(๑๐)	รายແຜນກ
๖. ร้อยละผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาทีที่ได้รับแจ้งเหตุ (EMS)***	(๕)	-ข้อมูลสถิติที่ รพช. และ Hos.base -การนิเทศติดตาม
รวม	100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๘

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาอุบัติเหตุของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ
------------------------------	----------	---------------------------------



		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	256
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาอุบัติเหตุ ของอนุภูมิภาคอินโดจีน	ระดับ	NA	NA	NA	
- การตายใน รพ.ที่มีการให้ PS > 0.75	ร้อยละ	NA	NA	NA	
- การตาย ที่มี PS > 0.75 ได้ถูกทบทวน	ร้อยละ	NA	NA	NA	
- การตายที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ร้อยละ	42	63	54	

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายยุทธพงศ์ บรรจงศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการ เปอร์โตริติดต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางกฤษณา พรหมวิสาสตร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เปอร์โตริติดต่อ :

ตัวชี้วัดที่ ๑.๔ : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาสาขาระดับของอนุภูมิภาคอินโดจีน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

หน่วย : ร้อยละ 2

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง อย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	๑๐ (๓) (๓)	ประเมินผลจากข้อมูลเอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ - รายงานการประชุม ของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูลเอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล																																													
		ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณ และ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน																																													
<p>มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน</p> <p>ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐</p> <p>ร้อยละ 60</p> <p>ร้อยละ 70</p>	<p>3๕</p> <p>(2๕)</p> <p>(๓๐)</p> <p>(๓๕)</p>	<p>ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ</p>																																													
<p>ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ๔</p> <p>5. CKD Clinic คุณภาพ ผ่านประเมินตามเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐***</p> <p>6. บรรลุตาม KPI ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (เกณฑ์สมาคมโรคไต 14 ข้อ) อย่างน้อย ร้อยละ 60*</p>	<p>40</p> <p>(๒๐)</p> <p>(๒๐)</p>	<p>ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ - รายงานผลตัวชี้วัด โรงพยาบาล และราย แผนก - ข้อมูลสถิติ Hos.base - การนิเทศติดตาม</p>																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ตัวชี้วัด (Indicators)</th> <th>เป้าหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>BP <math>\leq</math> 130/80 mmHg</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARBs</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ผู้ป่วยมีค่า slope ของ eGFR ต่อระยะเวลา <math>\geq</math> 0</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Hb <math>\geq</math> 10 g/dl</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>HbA1C &lt; 7%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>LDL cholesterol &lt; 100 mg/dl</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ผู้ป่วยมีค่า serum potassium &lt; 5.5 mEq/L</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>ผู้ป่วยมีค่า serum bicarbonate &gt; 22 mEq/L</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>9*</td> <td>ผู้ป่วยได้รับการประเมิน urine protein creatinine ratio (UPCR) หรือ urine protein 24 hrs</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>10*</td> <td>UPCR &lt; 500 mg/g หรือ U protein 24 hrs &lt; 500 mg/day</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>11*</td> <td>Serum phosphate &lt; 4.5 mg/l</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>12*</td> <td>Serum PTH อยู่ในเกณฑ์ปกติ</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>13*</td> <td>ผู้ป่วยได้รับการเตรียม AVF พร้อมก่อนเริ่ม hemodialysis</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>14*</td> <td>ผู้ป่วยได้เข้าร่วม educational class ในทักษะต่างๆ ครบ</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด (Indicators)	เป้าหมาย	1	BP $\leq$ 130/80 mmHg	80%	2	ผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARBs	100%	3	ผู้ป่วยมีค่า slope ของ eGFR ต่อระยะเวลา $\geq$ 0	50%	4	Hb $\geq$ 10 g/dl	90%	5	HbA1C < 7%	90%	6	LDL cholesterol < 100 mg/dl	80%	7	ผู้ป่วยมีค่า serum potassium < 5.5 mEq/L	90%	8	ผู้ป่วยมีค่า serum bicarbonate > 22 mEq/L	80%	9*	ผู้ป่วยได้รับการประเมิน urine protein creatinine ratio (UPCR) หรือ urine protein 24 hrs	100%	10*	UPCR < 500 mg/g หรือ U protein 24 hrs < 500 mg/day	90%	11*	Serum phosphate < 4.5 mg/l	80%	12*	Serum PTH อยู่ในเกณฑ์ปกติ	80%	13*	ผู้ป่วยได้รับการเตรียม AVF พร้อมก่อนเริ่ม hemodialysis	80%	14*	ผู้ป่วยได้เข้าร่วม educational class ในทักษะต่างๆ ครบ	100%		
	ตัวชี้วัด (Indicators)	เป้าหมาย																																													
1	BP $\leq$ 130/80 mmHg	80%																																													
2	ผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARBs	100%																																													
3	ผู้ป่วยมีค่า slope ของ eGFR ต่อระยะเวลา $\geq$ 0	50%																																													
4	Hb $\geq$ 10 g/dl	90%																																													
5	HbA1C < 7%	90%																																													
6	LDL cholesterol < 100 mg/dl	80%																																													
7	ผู้ป่วยมีค่า serum potassium < 5.5 mEq/L	90%																																													
8	ผู้ป่วยมีค่า serum bicarbonate > 22 mEq/L	80%																																													
9*	ผู้ป่วยได้รับการประเมิน urine protein creatinine ratio (UPCR) หรือ urine protein 24 hrs	100%																																													
10*	UPCR < 500 mg/g หรือ U protein 24 hrs < 500 mg/day	90%																																													
11*	Serum phosphate < 4.5 mg/l	80%																																													
12*	Serum PTH อยู่ในเกณฑ์ปกติ	80%																																													
13*	ผู้ป่วยได้รับการเตรียม AVF พร้อมก่อนเริ่ม hemodialysis	80%																																													
14*	ผู้ป่วยได้เข้าร่วม educational class ในทักษะต่างๆ ครบ	100%																																													



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
	รวม 100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข    \*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๘

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๗	๒๕๕๙	๒๕๕๕	๒๕๕๖
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขา トイของอนุภูมิภาคอินโดจีน	ระดับ	NA	NA	NA	
- CKD Clinic พัฒนาคุณภาพมีคะแนนประเมินตามเกณฑ์	ร้อยละ	NA	NA	NA	
- บรรลุตาม KPI ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (เกณฑ์สมาคม	ร้อยละ	NA	NA	NA	



โรคติด 14 ข้อ)

## แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวจุฬารัตน์ บุญทศ นายแพทย์ปฏิบัติการ เบอร์โทรศัพท์ต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางกมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ต่อ :

**ตัวชี้วัดที่ ๑.๕ :** ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขามารดาและทารกแรกเกิด ของอนุภูมิภาคอินโดจีน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

เกณฑ์การให้คะแนน :

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปีงบประมาณ 2557



กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าหนักค่าเบนน  
โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง อย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุ รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐  ร้อยละ ๖๐  ร้อยละ ๗๐	๓๕ (20) (๓๐) (๓๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ 1. โรงพยาบาลให้บริการ ANC คุณภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70***  2. อัตราการเกิด LBW ลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ต่อปี  3. อัตราการคลอดก่อนกำหนด (37 wk) <12% หรือแนวโน้ม ลดลง  4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม หรืออายุครรภ์ต่ำกว่า 32 สัปดาห์แนวโน้มลดลง <ul style="list-style-type: none"> <li>● BPD หรือ chronic lung disease</li> <li>● ROP stage (3-5)</li> <li>● NEC ระดับ 2 ขึ้นไป</li> <li>● IVH grade III-IV</li> <li>● PVL</li> </ul>	40 (๑๐) (๑๐) (๑๐)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ  - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายเดือน - ข้อมูลสถิติ Hos.base - การนิเทศติดตาม
รวม	100	

\* เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\* เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข    \*\*\* เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๙

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน



ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	2556
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 37 wk	ระดับ	NA	NA	NA	
- อัตราการคลอดก่อนกำหนด (37 wk)	ร้อยละ	15.56	18.15	20.65	
- อัตราฝากครรภ์ครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ	ร้อยละ	NA	NA	NA	
- หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครรภ์ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ราย	38.05	42.65	44.41	
- การเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม หรืออายุครรภ์ต่ำกว่า 32 สัปดาห์	ราย	101	106	131	

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล



ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางน้ำทยา ก้องเกียรติกมล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริกา นิมานคร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ :

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ :

**ตัวชี้วัดที่ ๑.๖** : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญสาขามะเร็งของอนุภูมิภาคอินโดจีน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องอย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุ รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐  ร้อยละ ๖๐  ร้อยละ ๗๐	๓๕ (20) (๓๐) (๓๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ 1. ศตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสมร้อยละ ๘๐ * 2. ศตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม สะสมร้อยละ	๔๐ (10) (10)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
80 *		- รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และรายแผนก
๓. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัด เพิ่มขึ้น ๔. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประครองไม่น้อยกว่าร้อยละ 8๕	(10) (10)	-ข้อมูลสถิติ Hos.base -การนิเทศติดตาม
รวม	100	

#### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน



## รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	2556
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาวิชานักวิเคราะห์และอนุญาติภารกิจก่อตั้งโดยเจ้าของ	ระดับ	NA	NA	NA	
- สร้างที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	75.05	82.05	87.05	
- สร้างที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ	67.44	64.52	68.21	
- สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและปากมดลูกระยะที่ 1+2	ร้อยละ	NA	NA	NA	
- ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประครอง	ร้อยละ	NA	NA	NA	

## แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสุกฤษฎิ์ ภูมิ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรติดต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางชนิษฐา ลินนท์ลัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรติดต่อ :

ตัวชี้วัดที่ ๑.๗ : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญสาขาวิชาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอนุภูมิภาคอินโดจีน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 4

## เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน	10 (๓)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ
มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องอย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	(๗)	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
ชัดเจน		- แผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐  ร้อยละ 60  ร้อยละ 70	๓๕  (20)  (๓๐)  (๓๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ  - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ๑. คลินิก NCD คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ หรืออยู่ระดับดี-ดีมาก***  ๒. ผู้ป่วยDM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐**  ๓. ผู้ป่วยHT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐**  ๔. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM (ตา ไต เท้า) ผู้ป่วย HT (ไต) มากกว่าร้อยละ 60  ๕. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 9๐  ๖. สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไปรับการรักษาที่ ศสม.มากกว่าร้อยละ ๕๐	40  (10)  (7)  (6)  (5)  (7)  (5)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ  - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ  - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายแผนก  - ข้อมูลสถิติ Hos.base  - การนิเทศติดตาม
รวม	100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘ \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข \*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัดเขตบริการ ๘

#### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCD ของอนุภูมิภาค อนิเด Jin ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐ คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCD ของอนุภูมิภาค อนิเด Jin ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๐ คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCD ของอนุภูมิภาค	๕ คะแนน



อนโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน

## เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCDของอนุภูมิภาค อนโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCDของอนุภูมิภาค อนโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCDของอนุภูมิภาค อนโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCDของอนุภูมิภาค อนโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาNCDของอนุภูมิภาค อนโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

## รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	2556
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาNCD ของอนุภูมิภาคอนโดจีน	ระดับ	NA	NA	NA	
- ผู้ป่วยDM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	35.24	33.18	40.23	
- ผู้ป่วยHT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	40.56	46.86	49.94	
- การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM (ตา ไต เท้า) ผู้ป่วย HT (ไต)	ร้อยละ	82.65	91.65	95.87	
- กลุ่มเสี่ยง 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	55.00	82.16	85.71	
- สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ปรับเปลี่ยนยาที่ สม.	ร้อยละ	NA	NA	25.00	
- คลินิก NCD คุณภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	NA	NA	NA	

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

เบอร์โทรศัพท์ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

เบอร์โทรศัพท์ :

ตัวชี้วัดที่ ๑.๘: ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอนโดจีน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 4

## เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง อย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ - รายงานการประชุม ของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณ และ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๗๐	๓๕ (2๕) (๓๐) (๓๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการ ดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ตาม 1. ระยะเวลารอย Cataract (10/200) < 30 วัน * 2. ระยะเวลารอย Cataract Low Vision (20/70) < 90 วัน * 3. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจ่อประชาทตฯ ร้อยละ ๖๐ *** 4. ประชาชนอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่ผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐ **	40 (10) (10) (10) (10)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการ ดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ - รายงานผลตัวชี้วัด โรงพยาบาล และราย

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลครุพนธ์ ปีงบประมาณ 2557



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
	แผนก -ข้อมูลสถิติ Hos.base -การนิเทศติดตาม	
รวม	100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๔    \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข    \*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๔

## เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชา/โครงการฯ ภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

## เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๗ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาสาขาวิชาของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๙ คะแนน

## รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	2556
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความ	ระดับ	NA	NA	NA	

เขี่ยวชัญสาขาสาขาตา ของอนุภูมิภาคอินโดจีน - ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย Cataract (10/200) - ผู้ป่วยต้องรับการผ่าตัดรักษา - ภาวะตาบอดจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	วัน ร้อยละ ราย	NA NA 0	0 NA 0	0 NA 0	
---	----------------------	---------------	--------------	--------------	--

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลัวชีวัด : นายสุวัฒน์ คุสกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ เปอร์โตรติดต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวบุญจรา พิมพ์พงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เปอร์โตรติดต่อ :

ัวชีวัดที่ ๑.๙ : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเขี่ยวชัญสาหันตกรรมของอนุภูมิภาคอินโดจีน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

### เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องอย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	15	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลครุพนม ปีงบประมาณ 2557



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
<p>มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐</p> <p style="text-align: center;">ร้อยละ 60</p> <p style="text-align: center;">ร้อยละ 70</p>	<p>35 (20) (30) (35)</p>	<p>ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ</li> </ul>
<p>ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดได้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีบริการทันตสุขภาพที่มีคุณภาพ ในศสม. โดยทันตแพทย์และ/หรือทันตแพทย์ ***</li> <li>2. เด็กป.1ได้รับตรวจสุขภาพซึ่งปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85**</li> <li>3. เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๖๕</li> <li>4. เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 50</li> <li>5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจซ่องปากและได้รับคำแนะนำ ร้อยละ 95</li> <li>6. ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ที่มีคู่สบพันหลังเป็นพื้นแท้กับฟัน เทียมหรือพื้นเทียมกับฟันเทียม 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 45</li> </ol>	<p>40 (10) (5) (7) (7) (5) (6)</p>	<p>ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ</li> <li>- รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายแผนก</li> <li>- ข้อมูลสถิติ Hos.base</li> <li>- การนิเทศติดตาม</li> </ul>
รวม	100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข    \*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขต

บริการ ๙

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุกูมิภาคน อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุกูมิภาคน อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุกูมิภาคน อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุกูมิภาคน อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
---	---------



ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขามะเร็งของอนุภูมิภาค อินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	2556
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาทันตกรรมของอนุภูมิภาคอินโดจีน - เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ - ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ - ร้อยละค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด DMFT ของเด็กอายุ 12 ปี - ผู้สูงอายุที่มีคู่สูบพื้นหลังเป็นฟันแท็กับฟันเทียมหรือฟันเทียม กับฟันเทียม 4 คู่ขึ้นไป - มีการจัดบริการทันตสุขภาพโดยทันตแพทย์และ/หรือทัน ตาภิบาล ในศสม.	ระดับ ร้อยละ ร้อยละ ร้อยละ จำนวน	NA 65.2 61.2 NA 32.5 0	NA 62.1 67.4 NA 38.4 0	NA 63.4 59.5 NA 35.4 0	

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤติเดช สายศิลป์ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

เบอร์โทรศัพต์ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

เบอร์โทรศัพต์ :

ตัวชี้วัดที่ ๑.๑๐ : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเขี่ยวชาญสาขาจิตเวชของอนุภูมิภาคอินโดจีน



หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

#### เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องอย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุ รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐  ร้อยละ ๖๐  ร้อยละ ๗๐	๓๕ (20) (๓๐) (๓๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ๑. ศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ(Psychosocial Clinic) ผ่าน เกณฑ์ประเมิน และมีการเชื่อมโยงระบบช่วยเหลือ ** ๒. มีคลินิกให้บริการ Well Child Clinic คุณภาพ*** ๓. ร้อยละเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า 85*** ๔. เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อย ละ ๙๐ ๕. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 31*** ๖. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรองสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ภาวะ สมองเสื่อม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	๔๐ (10) (10) (๕) (๕) (๕) (๕)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายเดือน - ข้อมูลสถิติ Hos.base - การนิเทศติดตาม



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
รวม	100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๘

**เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน**

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวช ของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

**เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน**

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชของอนุภูมิภาค อนโดยเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕
				2556



- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญสาขาวิชานักเรียนในองค์กรภาคอินโดจีน	ระดับ	NA	NA	NA	
- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	NA	NA	NA	
- มีศูนย์ที่ให้คำปรึกษาคุณภาพ(Psychosocial clinic) และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เช่นยาสเปติดบุหรี่ OSCC คลินิกวัยรุ่นฯลฯ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่าน เกณฑ์	NA	NA	NA	
- ร้อยละเด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	68.02	66.23	73.45	
- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลกรองสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า	ร้อยละ	NA	NA	NA	

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปนัดดา เกียรติจานันท์ นายแพทย์ชำนาญการ เบอร์โทรศัพต์ต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางจุฑามาศ วงศ์พันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรศัพต์ต่อ :



**ตัวชี้วัดที่ ๑.๑๑ :** ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญสาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม ของอนุภูมิภาคอินโดจีน

**หน่วยวัด :** ระดับความสำเร็จ

**น้ำหนัก :** ร้อยละ 4

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน โดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องอย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	๑๕	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุ รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐  ร้อยละ ๖๐  ร้อยละ ๗๐	๓๕ (20) (๓๐) (35)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ 1. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามเกณฑ์ มาตรฐานคปสอ.ติดดาว อย่างน้อยระดับ ๔ ดาว  2. สามารถบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับพื้นฐาน (Basic PP Services) ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดตามกลุ่มวัย 2.1 กลุ่มสตรีและทารก /ANC, WCC, EPI (๘ ตัวชี้วัด)	40 (10) (20)  -8-	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลักฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายแผนก - ข้อมูลสถิติ Hos.base

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
2.2 กลุ่มเด็กปัจจัยวัย/ Vaccine, Growth monitoring (4 ตัวชี้วัด)	-4-	-การนิเทศติดตาม
2.3 กลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น/ Vaccine, Oral health (2 ตัวชี้วัด)	-2-	
2.4 กลุ่มวัยทำงาน/ Screening of DM/HT , Screening of cervix and breast cancer (5 ตัวชี้วัด)	-4-	
2.5 กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ/ Screening of DM/HT (2 ตัวชี้วัด)	-2-	
3.สัดส่วน OPD ผู้ป่วยเรื้อรัง ในศสม. มากกว่า 50*	(5)	
4. นักสุขภาพครอบครัว: นสค.ในศสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามMinimum Requirement ร้อยละ 100	(3)	
5. อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.เชี่ยวชาญ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 48	(2)	
<b>รวม</b>	<b>100</b>	

\* เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\* เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๘

## รายละเอียดตัวชี้วัดย่อย

รายละเอียด	ตัวชี้วัด ๑. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานคปสอ.ติดดาว
คำนิยาม	<p>คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นคณะกรรมการคณะหนึ่งที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย คณะกรรมการจากหน่วยงานโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอำเภอนั้น ๆ กล่าวโดยสรุป คปสอ. มีหน้าที่ในการบริหารจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ ประกอบด้วย การวางแผน ควบคุมกำกับ นิเทศติดตาม สนับสนุน และประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขในอำเภอนั้น ๆ</p> <p>โครงการ คปสอ.ติดดาว มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะส่งเสริมบทบาทของ คปสอ. ใน การจัดการระบบสุขภาพในภาพรวมทั้งอำเภอ และ เป็นยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนเพื่อ บรรลุผลการพัฒนาระบบสุขภาพตามนโยบาย แผนสุขภาพ 15 ร่องหลัก เขตบริการ สุขภาพที่ ๘</p> <p>ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) หมายถึง ระบบได้แก่</p>



	ตามที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนในระดับอำเภอ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ และ การให้บริการสุขภาพ ซึ่งต้องใช้ศักยภาพของ คปสอ.ในการขับเคลื่อนตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย ระดับ 4 ดาว
การรายงาน/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการประเมิน 1 ครั้ง/ปี (รอบ 9 เดือน)
แหล่งข้อมูลและการประมวลผลตัวชี้วัด	คะแนนจากการประเมิน และรายงานในระบบ Data Center จากจังหวัด
เกณฑ์การให้คะแนน	
<b>ตัวชี้วัดย่อย 1.1</b>	
คปสอ.มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ขั้น หรืออย่างน้อยระดับ 3 ในแต่ละประเด็นขึ้นไป เมื่อสิ้นปีงบประมาณ (ทุกประเด็นผ่านขั้นที่ 1-3) (น้ำหนัก ร้อยละ 30)	
<b>เกณฑ์การให้คะแนน</b>	
กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก ความก้าวหน้าของขั้นการดำเนินงานตามเกณฑ์แต่ละประเด็น (คะแนนเต็ม 35 คะแนน)	
<b>1.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) (5 คะแนน)</b>	
1.1 มีคำสั่งคณะกรรมการ DHS ประกอบด้วยภาครัฐ ห้องถีน เอกชน และภาคประชาชน	
1.2 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี</li> <li>-มีบันทึกสรุปรายงานการประชุม</li> </ul>	
1.3 มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ	
1.4 มีโครงการแก้ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ (ODOP)	
1.5 มีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	
<b>2.การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation)</b>	
2.1 การทำงานของทีมผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่) (5 คะแนน)	
2.1.1 มีเจ้าหน้าที่หรือทีมงานทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย	
2.1.2 มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่	
2.1.3 เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น	
2.1.4 ผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน	
2.1.5 เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ	
2.2 การสนับสนุน หรือจัดให้มีแพทย์ให้คำ ปรึกษา ตามเกณฑ์ (5 คะแนน)	
2.2.1 มีคำสั่งแพทย์เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย/หน่วยปฐมภูมิ	
2.2.2 มีการให้คำปรึกษาผ่านระบบต่างๆ	



2.2.3 มีการร่วมประชุม

2.2.4 มีการร่วมกันวางแผนปฎิบัติงาน

2.2.5 แพทย์อุปกรณ์บริการเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละครั้ง

### 3. การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)

#### 3.1 การพัฒนาบุคลากร (5 คะแนน)

3.1.1 มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กรุงเทพฯ

3.1.2 มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge, CBL, FM) และทักษะ (Skill)

3.1.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ

3.1.4 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม

3.1.5 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเขื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้

#### 3.2 การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณ (5 คะแนน)

3.2.1 มีสนับสนุนงบประมาณตามเกณฑ์ปกติ (ตามแผน CUP)

3.2.2 มีการสนับสนุนจาก CUP และจังหวัด

3.2.3 มีการสนับสนุนจาก CUP , จังหวัดและท้องถิ่น

3.2.4 มีการสนับสนุนจาก CUP, จังหวัด, ท้องถิ่นและเอกชน

3.2.5 มีการนำเสนอรายรับ-รายจ่ายที่ประชุมเพื่อให้เกิดความโปร่งใส่

### 4. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) (5 คะแนน)

4.1 มีข้อมูลลุ่ม WECANDO หรือตาม 5 กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ.

4.2 มีการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่

4.3 มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญไม่น้อยกว่า 1 โครงการในภาพของอำเภอ(ODOP)

4.4 มีทีมนิเทศที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คปสอ.

4.5 มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น

### 5. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation) (5 คะแนน)

5.1 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล

5.2 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ (Resource sharing)

5.3 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม

5.4 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

5.5 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะและมีความเข้มแข็งพึงตนเองได้ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ



คะแนนการประเมิน	1-14	15-19	20-24	25-29	30-35
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5

สูตรการคิดคะแนน = (คะแนนการประเมิน \* 100)35 = ร้อยละ .....(A)

### ตัวชี้วัดย่อ 1.2

คปสอ.มีโครงการที่เป็นประเด็นแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบท อย่างน้อย 1 เรื่อง (One District One Project : ODOP) (น้ำหนัก ร้อยละ 25)

#### เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมินครรช์ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของปัจจัยสำคัญทั้ง 5 ด้าน คือ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

- 1.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) (5 คะแนน)
- 2.การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation)(5 คะแนน)
- 3.การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) (5 คะแนน)
- 4.การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) (5 คะแนน)
- 5.การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) (5 คะแนน)

แต่ละอำเภอเลือกหนึ่งประเด็นสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทโดยการมีส่วนร่วม ของห้องคิดและชุมชน โดยทีมสุขภาพระดับอำเภอคัดเลือกปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยหรือเชิงประเด็นอย่างน้อย 1 เรื่อง ร่วมกับทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันตามความเหมาะสม เพื่อติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้ต้องทำงานในรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม

#### เกณฑ์การคิดคะแนน

คะแนนจากการประเมิน	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ระดับการพัฒนาตามขั้นบันได	1	2	3	4	5

สูตรการคิดคะแนน = (คะแนนที่ได้ \* 100)25 = ร้อยละ.....(B)

### ตัวชี้วัดย่อ 1.3

คปสอ.มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./ศสม.) ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 15, ระดับ 4 ดาว ร้อยละ 45 และระดับ 3 ดาว ร้อยละ 40 (น้ำหนัก ร้อยละ 25)

#### เกณฑ์การให้คะแนน (ภาพรวม คปสอ.)

1.รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว ≥ ร้อยละ 15 (น้ำหนัก ร้อยละ 80)



ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	น้ำหนัก
ร้อยละ	-	1-4	5-9	10-14	≥15	80

สูตรการคิดคะเนน = ระดับคะเนน \* น้ำหนัก = .....(L)

2. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ดาว ≥ ร้อยละ 45

ระดับความแน่น	1	2	3	4	5	น้ำหนัก
ร้อยละ	-	1-14	15-29	30-45	$\geq 45$	15

สูตรการคิดคงวน = ระดับคงวน \* นำหนัก = .....(M)

3.รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ดาว ≥ ร้อยละ 40

ระดับคงเหลือ	1	2	3	4	5	น้ำหนัก
ร้อยละ	1-9	10-19	20-29	30-39	$\geq 40$	5

สูตรการคิดคะเนน = ระดับคะเนน \* นำหนัก = .....(S)

$$\text{วิธีคิดคะแนน} = \frac{(L + M + S) * 100}{(5*80)+(5*15)+(5*5)} = \frac{(L + M + S) * 100}{500}$$

คะแนนที่ได้ ร้อยละ.....(C)

หมายเหตุ : จะเป็น คปสอ.ติดดาวได้ ต้องมี รพสต.ระดับ 5 ดาว ≥ ร้อยละ 15 เท่านั้น

ตัวชี้วัดย่อ 1.4

คปสอ.มีผลงาน (วิชาการ) นวัตกรรม, งานวิจัย หรือ R2R ที่นำสู่การพัฒนาบริการสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ (น้ำหนัก ร้อยละ 20)

วิธีประเมินและให้คะแนน : คปสอ.ดำเนินการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละกัด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

-มีกระบวนการ CQI ให้ 1 คะแนน

### - มีการวิจัย R2R ให้ 2 คะแนน

-มีการนำเสนอผลงานวิจัย, R2R,นวัตกรรม ทางวิชาการ

-และนำเสนอรัฐดับอําเภอ ให้ 3 คะแนน

-และนำเสนอรหะดับจังหวัด ให้ 4 คณะ

- และนำเสนองบประมาณดับเบิลยูที/ภาค/ประเทศไทย/ต่างประเทศ ให้ 5 คะแนน

## ສູ່ຕະຫຼາດການຄໍານະນຸມ

คะแนนรวมแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีนิเวศกรรม/ผลงานวิจัย หรือ R2R $\times$ 100

คะแนนเต็ม(5)\*จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด

คะแนนที่ได้ ร้อยละ.....(E)

วิธีคิดคะแนน (การให้ดาว) =  $\frac{\text{ผลรวมคะแนนตัวชี้วัดที่ } 1-5 \times \text{น้ำหนัก}}{\text{คะแนนทั้งหมด}} * 100$



$$\begin{aligned}
 & (100*20)+(100*10)+(100*15)+(100*50)+(100*5) \\
 = & \{(A*20)+(B*10)+(C*15)+(D*50)+(E*5)\}*100 \\
 & 10,000
 \end{aligned}$$

คะแนนที่ได้ ร้อยละ.....

เกณฑ์ระดับดาว คปสอ.

ระดับ	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว
ร้อยละ	70-79	80 - 89	$\geq 90$

เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ คปสอ.ระดับ 5 ดาว (ต้องผ่านทุกข้อ)

ตัวชี้วัดย่อย 1.1 คปสอ.มีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน DHS ต้องได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดย่อย 1.2 คปสอ.มี ODOP ต้องได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดย่อย 1.3 รพ.สต./ศสม./ศสช.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว  $\geq$  ร้อยละ 15

ตัวชี้วัดย่อย 1.4 คปสอ.มีผลงาน (วิชาการ) นวัตกรรม, งานวิจัย หรือ R2R ที่นำสู่การพัฒนาบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งต้องมีผลงานหรือนวัตกรรมหรืองานวิจัย/R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง และมีการนำเสนออย่างน้อยระดับอำเภอ

### รายละเอียดตัวชี้วัดที่

2. สามารถบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับพื้นฐาน(Basic PPServices)ผ่านตามเกณฑ์ชี้วัดตามกลุ่มวัย

#### 1. กลุ่มสตรีและทารก /ANC, WCC, EPI

- 1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่า 60
- 2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 90
- 3) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับเม็ดยาเสริมไอโอดีน เท่ากับ 100
- 4) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 65
- 5) ร้อยละเด็กตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ากว่า 6 เดือนแรก มีค่าเฉลี่ย กินนมแม่อายุต่ำกว่า 50
- 6) ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 90 (ยกเว้นวัคซีน MMR ไม่น้อยกว่า 95)
- 7) ร้อยละเด็ก 0-2 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนไม่น้อยกว่า 70
- 8) ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย ไม่น้อยกว่า 80

#### 2. กลุ่มเด็กปฐมวัย/ Vaccine, Growth monitoring

- 1) ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 90
- 2) ร้อยละเด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า 70



- 3) ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย ไม่น้อยกว่า 80
- 4) ร้อยละเด็กที่มากกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปากและผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการแปรรูปฟันไม่น้อยกว่า 70 และได้รับ Fluorine vanish ไม่น้อยกว่า 50

### 3. กลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น/ Vaccine, Oral health

- 1) ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับวัคซีนกระตุ้นทุกประเภทตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 90 (ยกเว้นวัคซีน MMR ป.1 และวัคซีน dT ป.6 ไม่น้อยกว่า 95)
- 2) ร้อยละเด็กประถม 1 ได้รับการตรวจช่องปาก ไม่น้อยกว่า 85 และเคลือบหลุมร่องฟัน 30

### 4. กลุ่มวัยทำงาน/ Screening of DM/HT , Screening of cervix and breast cancer

- 1) ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธ์ที่อยู่กินกับสามี ได้รับการวางแผนครอบครัวทุกประเภท ไม่น้อยกว่า 80
- 2) ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดัน เท่ากับ 90
- 3) ร้อยละสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสมถึงปี 2557 ไม่น้อยกว่า 80
- 4) ร้อยละสตรี 30-60 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่น้อยกว่า 80
- 5) ร้อยละประชาชนเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นครบตามเกณฑ์มากกว่า 90

### 5. กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ/ Screening of DM/HT

- 1) ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดัน เท่ากับ 90
- 2) ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อย่าง และลดเสี่ยง (ไม่น้อยกว่า 50%)

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความ สาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวมของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวมของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๕ คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวมของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวมของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาวิชาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน



สุขภาพองค์รวมของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญ สาขาสาขาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม ของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	2556
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาบริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม ของอนุภูมิภาคอินโดจีน - การพัฒนาศักยภาพ นักสุขภาพครอบครัว : นสค.ในศสม. ตามMinimum Requirement	ระดับ ร้อยละ	NA NA	NA NA	NA NA	

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสมชาย เชื่อนานนท์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ เบอร์โทรติดต่อ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสกนธ์วรรณ เติมานาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรติดต่อ :



ตัวชี้วัดที่ ๑.๑๒ : ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญสาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ของอนุภูมิภาคอินโดจีน

## หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

หน้าที่ 4

### คำอธิบาย:

การแพทย์แผนไทย หมายถึง การดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาไทย เช่น การนวด อบ ประคบ การใช้สมุนไพร และ ผ้าพื้นบ้าน

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การดูแลสุขภาพที่ไม่ใช่การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน เช่น การผิงเข็ม สปา โยคะ สมาริบำบัด อโรมatherapy

ระดับการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ หมายถึง มีและใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

ระดับ ๒ หมายถึง มีการใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และมีการจัดบริการนวด ประคบหรืออุบสมุนไพร

ระดับ ๓ หมายถึง มีการใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และมีการจัดบริการวด ประคบ หรืออบสมุนไพร และมีการอบรมถ่ายทอดความรู้ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข

ระดับ ๔ หมายถึง มีการใช้ยาสมุนไพรที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และมีการจัดบริการนวดหรืออบสมุนไพร มีการอบรมถ่ายทอดความรู้ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข และมีการผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน

## เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน และกำหนดค่าหนักจะคะแนนโดย พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามไปทางๆ และผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมวางแผน/ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องอย่างน้อยไตรมาสละ ๒ ครั้ง	10 (๓) (๗)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - รายงานการประชุมของคณะกรรมการ
มีแผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่งงบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	15	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - แผนการปฏิบัติการที่ระบุ รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและ แหล่ง <sup>งบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน</sup>
มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา เป้าหมาย ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรม บุคลากร และครุภัณฑ์ที่ระบุในแผน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๗๐	35 (20) (30) (35)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ 1. จัดบริการแพทย์แผนไทย - ในระดับ ๓ และผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการบริการในระดับดี หรือดีมาก - ในระดับ ๔ และผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการบริการในระดับดี หรือดีมาก  2. ผู้มารับบริการรักษาและพื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ ๑๖ของผู้ป่วย OPD**  3. มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ หรือได้ตามเกณฑ์สปสช. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 หรือมีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย ๑ รายการ ๔. ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ครอบคลุมในด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านขั้นตอนการให้บริการ	40 (20) -10- -20-  (5)  (10)  (5)	ประเมินผลจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ - เอกสารหลัก ฐานการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ - รายงานผลตัวชี้วัดโรงพยาบาล และ รายแผนก - ข้อมูลสถิติ Hos.base - การนิเทศติดตาม



เกณฑ์การประเมิน	การให้คะแนน (คะแนน)	หลักฐาน/แนวทางการประเมินผล
และด้านคุณภาพการให้บริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น		
รวม	100	

\*เป็นตัวชี้วัดเขตบริการ ๘    \*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข    \*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๘

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๖ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 2 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินรอบ ๑๒ เดือน

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 10 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 คะแนน	๑ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 คะแนน	๒ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 คะแนน	๓ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 คะแนน	๔ คะแนน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขี่ยวชาญ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 คะแนน	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	2556
- ระดับความสำเร็จในการพัฒนาบริการสุขภาพ ที่มีความเขียวชาญสาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของอนุภูมิภาคอินโดจีน	ระดับ	NA	NA	NA	
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ครอบคลุมในด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านขั้นตอนการให้บริการ และด้านคุณภาพการให้บริการ	ร้อยละ	NA	NA	NA	
- ผู้มารับบริการรักษาและพื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ครั้ง	NA	15,554	16,362	
- น้ำดื่มค่าการใช้ยาสมุนไพร	บาท	NA	NA	NA	

#### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์ชัยมงคล จันทศ

เบอร์โทรศัพท์ :

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปัญชลี ศิริพงษ์พันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ :

ตัวชี้วัดที่ ๑.13: ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะยาว(Long term care)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

หน้าหนัก : ร้อยละ 4

คำอธิบาย:

คำนิยาม	การดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การวางแผนและจัดการให้บริการสำหรับบุคคลทุกกลุ่มอายุที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในระยะยาว ภาวะที่ต้อง
---------	---

	<p>เพื่อพัฒนาให้มีความล้ำก้าวในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลต่อความสามารถของบุคคล ที่จะคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและส่งเสริมการปรับตัวด้านสังคมลังคอมและบริการด้านการแพทย์โดยมีการจัดระบบสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงาน การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย ในกลุ่มเป้าหมาย 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB/STROKE/STEMI/HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวช</p> <p>ระดับความสำเร็จการดำเนินงานดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นผลการดำเนินงานโดยวัดจากผลการดำเนินงาน 3 องค์ประกอบ คือ การจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ การจัดทำฐานข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p>																																																																															
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 3																																																																															
ขอบเขต/ เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการ รพสต/ศสม</li> <li>ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว เตียงประเภทที่ 3 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB/STROKE/STEMI/HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวช</li> </ol>																																																																															
วิธีเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน</li> </ol>																																																																															
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>ศูนย์ดูแลต่อเนื่องในแต่ละสถานบริการ</li> <li>Data Center Long Term Care</li> </ol>																																																																															
รายการข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>สถานบริการมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ</li> <li>หน่วยบริการมีฐานข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long Term Care)</li> <li>ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ</li> </ol>																																																																															
เกณฑ์การให้ คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ลำดับตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">น้ำหนัก ร้อยละ (A)</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> <th rowspan="2">ผลการ ดำเนิน งาน</th> <th rowspan="2">คะแนน ที่ได้ (B)</th> <th rowspan="2">คะแนน เฉลี่ย ต่อ น้ำหนัก</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.สถานบริการมีศูนย์ดูแล ต่อเนื่องคุณภาพ</td> <td rowspan="2">40</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">(A)x(B) =1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.หน่วยบริการมีฐานข้อมูล การดูแลระยะยาว (Long Term Care)</td> <td rowspan="2">30</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">(A)x(B) =2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่าง มีคุณภาพ</td> <td rowspan="2">30</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">(A)x(B) =3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1+2+3</td> </tr> </tbody> </table>	ลำดับตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ (A)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการ ดำเนิน งาน	คะแนน ที่ได้ (B)	คะแนน เฉลี่ย ต่อ น้ำหนัก	1	2	3	4	5	1.สถานบริการมีศูนย์ดูแล ต่อเนื่องคุณภาพ	40	60	70	80	90	100			(A)x(B) =1		50	55	60	65	70			2.หน่วยบริการมีฐานข้อมูล การดูแลระยะยาว (Long Term Care)	30	60	65	70	75	80			(A)x(B) =2		50	55	60	65	70			3.ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่าง มีคุณภาพ	30	50	55	60	65	70			(A)x(B) =3		50	55	60	65	70			รวม	100								1+2+3
ลำดับตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ (A)			เกณฑ์การให้คะแนน								ผลการ ดำเนิน งาน	คะแนน ที่ได้ (B)	คะแนน เฉลี่ย ต่อ น้ำหนัก																																																																		
		1	2	3	4	5																																																																										
1.สถานบริการมีศูนย์ดูแล ต่อเนื่องคุณภาพ	40	60	70	80	90	100			(A)x(B) =1																																																																							
		50	55	60	65	70																																																																										
2.หน่วยบริการมีฐานข้อมูล การดูแลระยะยาว (Long Term Care)	30	60	65	70	75	80			(A)x(B) =2																																																																							
		50	55	60	65	70																																																																										
3.ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่าง มีคุณภาพ	30	50	55	60	65	70			(A)x(B) =3																																																																							
		50	55	60	65	70																																																																										
รวม	100								1+2+3																																																																							

# กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2557



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

	(ย่ออย่างที่ 1) สถานบริการที่มีศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of care)						
หน่วยวัด	ร้อยละ						
น้ำหนัก	50						
คำนิยาม	<p>1. สถานบริการ หมายถึง โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>2. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ หมายถึงสถานบริการแม่ข่ายที่มีการจัดระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง จากสถานบริการสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวโดยมีการเชื่อมโยงข้อมูล และ ส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลในชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสถานการณ์เจ็บป่วย โดยมี การดำเนินการดังนี้</p> <p>2.1. มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.2 มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.2.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ตามรายการที่กำหนด</li> <li>2.2.2 มีการจัดทำทะเบียนอุปกรณ์เครื่องมือ</li> <li>2.2.3 มีการวางแผนในการยืมอุปกรณ์</li> <li>2.2.4 มีทะเบียนผู้รับบริการ</li> </ul> <p>2.3 มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.3.1 มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวครอบคลุม 11 กลุ่มโรค</li> <li>2.3.2 มีทะเบียนผู้มารับบริการศูนย์การเรียนรู้</li> <li>2.3.3 มีสื่อการเรียนรู้ เช่น VCD, ภาพพลิก , อุปกรณ์ต่าง ๆ</li> </ul> <p>2.4 มีระบบการให้คำปรึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.4.1 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาในแต่ละระดับโดยมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>2.4.2 มีแนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา</li> </ul>						
เกณฑ์เป้าหมาย	1. โรงพยาบาลนครพนม ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพระดับ 3						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานที่กำหนดขึ้น</p> <p>2. มีการสำรวจนิเทศติดตามตามเกณฑ์มาตรฐาน</p>						
รายการข้อมูล	<p>ผลรวมของคะแนนการดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพตามรายการที่ 1-4 (เต็ม 5 คะแนน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการ</th> <th>ค่าคะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง</td> <td>= 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์</td> <td>มีอุปกรณ์ครบบางส่วน = 1</td> </tr> </tbody> </table>	รายการ	ค่าคะแนน	1.มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	= 1 คะแนน	2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์	มีอุปกรณ์ครบบางส่วน = 1
รายการ	ค่าคะแนน						
1.มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	= 1 คะแนน						
2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์	มีอุปกรณ์ครบบางส่วน = 1						



		มีอุปกรณ์ครบถ้วน = 2
	3. มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	= 1 คะแนน
	4. มีระบบการให้คำปรึกษา	= 1 คะแนน
หมายเหตุ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการตามแนวทางในรายการที่ 1-4 และมีผลรวมของคะแนนผ่านเกณฑ์ ระดับ 3		
ระดับ 1 = 1 คะแนน ระดับ 2 = 2 คะแนน ระดับ 3 = 3 คะแนน ระดับ 4 = 4 คะแนน ระดับ 5 = 5 คะแนน		
ความถี่ในการรายงาน	1. การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย., ก.ย. 2557) 2. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 1 ครั้ง/ปี (พร้อมทีมตรวจราชการเขต)	

	(ย่อyleที่ 3) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	20



คำนิยาม	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเตียงประ痼ที่ ๓ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง ผู้ป่วย 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB / STROKE/ STEMI/ HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age/ผู้พิการ/จิตเวชที่มีการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแล ต้องการการดูแลและการปฏิบัติกิจวัตรจากผู้อื่นทั้งหมดโดยมีการดำเนินการดังนี้ 1. มีการวางแผนกำหนดการดูแลและรักษาใน 2 สัปดาห์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับแพทย์ประจำพสต. 2. มีการติดตามเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับแพทย์ประจำพสต. 3. มีการตอบกลับผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน ภายหลังกำหนดจากโรงพยาบาล														
เป้าหมาย	ร้อยละ 70														
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประ痼ที่ 3 ใน 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB / STROKE/ STEMI/ HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวช ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care														
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประ痼ที่ 3 ใน 11 กลุ่มโรคที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน 2 wks และตอบกลับผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประ痼ที่ ๓ ใน ๑๑ กลุ่มโรคที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมด														
สูตรการคำนวณ	( A/B) x 100														
เกณฑ์การให้ คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	1	2	3	4	5		ร้อยละ	50	55	60	65	70	
คะแนน	1	2	3	4	5										
ร้อยละ	50	55	60	65	70										
ความถี่การรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care														

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นพ.สมชาย เชื่อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ เบอร์ติดต่อ 042511424

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางบุญร่วม ปริปุณณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 08 9621 3517



**ตัวชี้วัดที่ ๑.๑๔:** ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนจังหวัดให้ลดการส่งต่อนอกเขต ร้อยละ ๕๐ (ระดับ ๓)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : **ร้อยละ ๒**

คำอธิบาย:

จังหวัด หมายถึง จังหวัดนครพนม

การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขตเครือข่ายบริการที่ ๘ หมายถึง โรงพยาบาลนครพนมมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขตเครือข่ายบริการที่ ๘ ดังนี้

4.2.1 มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (รูปของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาล และให้ศูนย์รับส่งต่อจังหวัด รวบรวมข้อมูลการส่งต่อในจังหวัด และรายงานข้อมูลการส่งต่อนอกเขตให้ศูนย์รับส่งต่อเขต (รพ.อุดรธานี) ทุกเดือนเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และ CQI แนวทางการส่งต่อกลุ่ม ๒ เดือน

4.2.2 สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้โรงพยาบาลทุกระดับ รับทราบแนวทางการส่งต่อนอกเขต เพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(ระดับ รพท. รพช. )

4.2.3 สรุประยุทธ์ผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ

การสนับสนุน หมายถึง มีระบบการซื่อ蒙โยงโปรแกรมข้อมูลการส่งต่อ Refer link ที่สนับสนุนให้จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีการดำเนินงานเพื่อรายงานข้อมูลการส่งต่อและใช้ในการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัด ได้แก่

4.3.1 การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

4.3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมและผู้ดูแลระบบ



## 4.3.3 ติดตามความก้าวหน้าในการใช้โปรแกรม Refer link

## 4.3.4 นิเทศติดตาม

## 4.3.5 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานตามกระบวนการดังนี้

1. มีแนวทางการส่งต่อ โรคทุกสาขาโรคหรือหัตถการ/การผ่าตัด ที่เกินขีดความสามารถโรงพยาบาล อุดรธานีที่ต้องส่งต่อออกนอกเขตชัดเจน คะแนนเต็ม 5

โดย 1.) ความสำเร็จของการมีแนวทางการส่งต่อ โรคทุกสาขาโรคหรือหัตถการ/การผ่าตัด ที่เกินขีดความสามารถโรงพยาบาลอุดรธานีที่ต้องส่งต่อออกนอกเขตชัดเจน วัดจากร้อยละของการส่งต่อนอกเขตของแต่ละ จังหวัดลดลง ประเมินผลทุก 2 เดือน

2.) การพัฒนาศักยภาพศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่สำคัญๆ ของโรงพยาบาลให้มีศักยภาพและขีดความสามารถเพิ่มขึ้น ทุกปี

4.) เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 50

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการส่งต่อนอกเขตลดลง(ภาพโรงพยาบาล)	ร้อยละ	10	20	30	40	50

2. มีฐานข้อมูลการส่งต่อ Refer link คะแนนเต็ม 5

ประเมินจาก

1. ในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลใบส่งต่อตาม standard data set 1 ฐาน

(1 คะแนน) ระดับเขต 1 ฐาน (1 คะแนน)

2. มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (1 คะแนน) และ

เชื่อมโยงข้อมูลกับ รพท. เข้าด้วยกัน ( 1 คะแนน)

หมายเหตุ ถ้าดำเนินการไม่ครบถูก รพช. คะแนนข้อนี้ = 0 คะแนน

3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน ( 1 คะแนน)

3. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการส่งต่อ Referral audit คะแนนเต็ม 5

ประเมินจาก

1. มีการประชุมภายในจังหวัด 2 ครั้ง (1 คะแนน) 3-4 ครั้ง ( 1 คะแนน)

2. เข้าร่วมการประชุมระหว่างจังหวัดเครือข่ายฯ ที่ 8 2 ครั้ง (1 คะแนน) 3-4 ครั้ง

( 1 คะแนน)

3. มีการใช้ประโยชน์ร่วมกันในการพัฒนาแนวทางและคุณภาพการส่งต่อ

( 1 คะแนน)



**หมายเหตุ :** ทั้งนี้จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต หมายถึงจังหวัดต้องดำเนินการทั้ง 8 กระบวนการและต้องได้คะแนนรวม ไม่ต่ำกว่า 9 คะแนน (ใช้ผลการประเมินจากการนิเทศติดตามของ คณะกรรมการการส่งต่อนอกเขต เครือข่ายบริการที่ 8 เป็นผู้ประเมิน) จึงถือว่าเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต

### เป้าหมายความสำเร็จ : ระดับ 3

คะแนน	3	6	9	12	15
ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต	จังหวัด		เป็นตัวชี้วัดใหม่ปีงบประมาณ 2557	

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

### ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

### ผู้จัดเก็บข้อมูล :

### ตัวชี้วัดที่ 2 . ระดับความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพ (Re-accredit)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 4

### คำอธิบาย:

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ หมายถึง มีการพัฒนาคุณภาพบริการและผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการตาม มาตรฐาน HA (Hospital accredit)



ผ่านการรับรองซ้ำ หมายถึง ผ่านการประเมินซ้ำแล้วได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Re-accredit) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยใช้ผลการประเมินจาก สรพ. เป็นเกณฑ์

#### เกณฑ์การให้คะแนนปีงบประมาณ ๒๕๕๗ :

ระดับ ๑	๑. มีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ ที่มีระดับกลาง (Part II) ๒. มีแผนปฏิบัติการ/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ ๓. มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ
ระดับ ๒	๑. ผ่านระดับ ๑ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๔๐
ระดับ ๓	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๕๐
ระดับ ๔	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒, ๓ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๖๐ ๓. ตอบแบบประเมินตนเองครบทุกหมวด SAR ๒๐๑๑ Part I,II,III Service Profile PCT Clinical Tracer ทุก PCT (PCT ละ ๔ เรื่อง/ตาม subspecialty)
ระดับ ๕	ผ่านการรับรองซ้ำ(Re-accredit) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ***

\*\*\*เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดเขตบริการ ๘

#### เกณฑ์การให้คะแนนปีงบประมาณ ๒๕๕๘ :

ระดับ ๑	๑. มีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ ที่มีระดับกลาง (Part II) ๒. มีแผนปฏิบัติการ/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ ๓. มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ
ระดับ ๒	๑. ผ่านระดับ ๑ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๔๐
ระดับ ๓	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๕๐
ระดับ ๔	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒, ๓ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๖๐
ระดับ ๕	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒, ๓, ๔ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๗๐ ๓. ตอบแบบประเมินตนเองครบทุกหมวด SAR ๒๐๑๑ Part I,II,III



	Service Profile PCT Clinical Tracer ทุก PCT
--	--

## เกณฑ์การให้คะแนนปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗ :

ระดับ ๑	๑. มีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ ที่มีระดับกลาง (Part II) ๒. มีแผนปฏิบัติการ/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ ๓. มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ
ระดับ ๒	๑. ผ่านระดับ ๑ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๔๐
ระดับ ๓	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๕๐
ระดับ ๔	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒, ๓ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๖๐ ๓. ตอบแบบประเมินตนเองครบทุกหมวด ๔. SAR ๒๐๑๑ Part I,II,III ๕. Service Profile PCT Clinical Tracer ทุก PCT (PCT ละ ๔ เรื่อง/ตาม subspecialty)
ระดับ ๕	๙. ผ่านการรับรองซ้ำ(Re-accredit) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

## เกณฑ์การให้คะแนนปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ :

ระดับ ๑	๑. มีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ ที่มีระดับกลาง (Part II) ๒. มีแผนปฏิบัติการ/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ ๓. มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ
ระดับ ๒	๑. ผ่านระดับ ๑ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๔๐
ระดับ ๓	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๕๐
ระดับ ๔	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒, ๓ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๖๐
ระดับ ๕	๑. ผ่านระดับ ๑, ๒, ๓, ๔ ๒. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ ร้อยละ ๗๐ ๓. ตอบแบบประเมินตนเองครบทุกหมวด ๔. SAR ๒๐๑๑ Part I,II,III ๕. Service Profile PCT ๖. Clinical Tracer ทุก PCT



### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินการในอดีต ปีงบประมาณ			
		๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖
- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลสู่การรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Re-accredit)	ระดับ	๔	๔	๔	4

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. รายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ตัวชี้วัดที่มีระดับกลาง
2. ใบประกาศผลการรับรองคุณภาพจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : แพทย์หญิงเพื่องรักษ์ ร่วมเจริญ

เบอร์โทรศัตต์ : ๐๘๙๕๗๐๘๓๐๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอภิพร วิวัฒน์ปรีชาวนนท์

เบอร์โทรศัตต์ :