

Template ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP (คุณภาพและคุณธรรม)

แผนงานที่ 1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-5 ปี

KPI No.1.01.001	PI 1 : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ
คำนิยาม	<p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับการดูแลและให้บริการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้งดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ± 2 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ± 2 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ± 2 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ± 2 สัปดาห์ 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์เมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ให้รีบมาฝากครรภ์ครั้งแรกทันทีโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ 3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์และได้รับยาเม็ดที่มีไอโอดีนปริมาณ 150-200 ไมโครกรัมต่อเม็ด 4. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริต มีค่าHCT ≤ 33 % หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริตในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก มีค่า HCT ≤ 33 % 5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากหากตรวจพบปัญหาโรคปริทันต์ได้รับการขูดหินน้ำลาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก หากตรวจพบปัญหาโรคปริทันต์ได้รับการขูดหินน้ำลาย
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ข้อ 1- 3 เพิ่มขึ้นจากปี 2558</p> <p>ข้อ 4 ลดลงจากปี 2558</p> <p>ข้อ 5 ร้อยละ100 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก /พบปัญหาโรคปริทันต์ ได้รับการขูดหินน้ำลาย ร้อยละ 50</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกในฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม/ HDC / MIS data จ.พิจิตร
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม
รายการข้อมูล	<p>การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์</p> <p>A = จำนวนหญิงคลอดที่ฝากครรภ์คุณภาพ (ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์/ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์)</p> <p>B = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p>
รายการข้อมูล	<p>การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์</p> <p>A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุข ในช่วงเวลาเดียวกัน</p>



KPI No.1.01.001	PI 1 : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ (ต่อ)						
รายการข้อมูล	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ รพ.สยามเสริมไอโอดีน Triferdine 201120320037726221781506 Iodine GPO 101110000003082121781506 Obimin AZ 201110100019999920381199 Cenamin 201110100019999921781169 Cernadine 202030120019999920381169 Pregnamin 202030120019999920381113 Prenamed-H 202030120019999920381252						
รายการข้อมูล	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริต ค่า HCT ≤ 33 % A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริต ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก มีค่า HCT ≤ 33 % B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริต ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก						
รายการข้อมูล	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก หากตรวจพบปัญหาโรคปริทันต์ได้รับการขูดหินน้ำลาย A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบโรคปริทันต์ (K 05.31) B = หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจสุขภาพช่องปากทั้งหมด						
รายการข้อมูล	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก หากตรวจพบปัญหาโรคปริทันต์ได้รับการขูดหินน้ำลาย A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบโรคปริทันต์ ได้รับการขูดหินน้ำลาย (รหัสหัตถการ 2277310 ,2287310) B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบโรคปริทันต์(K 05.31)						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100						
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน						
เกณฑ์การให้คะแนน	รายการข้อมูล	น้ำหนักคะแนน	1	2	3	4	5
	1. ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง	20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 1-5	เพิ่มขึ้นร้อยละ 6-10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 11-15หรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้	เพิ่มขึ้นร้อยละ 16-20และ/หรือสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้	เพิ่มขึ้นร้อยละ 21 ขึ้นไปหรือผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้
	2. ANC < 12 wks	20					
	3. ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	20					
	4. ได้รับการตรวจเลือดหาระดับฮีมาโตคริตค่า HCT ≤ 33 %	20	ลดลงร้อยละ 1-6	ลดลงร้อยละ 6-10	ลดลงร้อยละ 11-15 หรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้	ลดลงร้อยละ 16-20 และ/หรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้	ลดลงร้อยละ 21 และ/หรือเท่ากับเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้
	5. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากทุกราย หากตรวจพบปัญหาโรคปริทันต์ได้รับการขูดหินน้ำลาย	20	น้อยกว่า 45	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 ขึ้นไป
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./ รพ.สต./ สสอ.						
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สตรีและเด็ก 0-5 ปี						
ผู้ประสานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	นางสาวบรรเจิด สละชุ่ม ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร 088 2860864,081 7072648 E-mail : beeta5878@hotmail.com นางจิตรา ชมภู ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน โทร 083 6265865						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1						



KPI No.1.01.002	PI 2 : ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม						
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500กรัม หมายถึงจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม						
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปี 2558						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม newborn) (ข้อสังเกต แม่กับลูกต้องใกล้เคียงกัน)						
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม						
รายการข้อมูล	A=จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมในช่วงเวลาที่กำหนด B =จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน						
เกณฑ์การให้คะแนน	รายการข้อมูล	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม	ลดลงจากเดิมร้อยละ	1-3	4-6	7-9 หรือผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้	10 หรือผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้	ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 10)
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./ รพ.สต./สสอ.						
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สตรีและเด็ก 0-5 ปี						
ผู้ประสานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	นางสาวบรรเจิด สละชุ่ม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร 088 2860864,081 7072648E-mail : beeta5878@hotmail.com						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1						



KPI No.1.01.003	PI 3 : ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย						
คำนิยาม	<p>เด็ก 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ทุกคน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยแบบประเมิน DSPM และ DAIM พบพัฒนาการสมวัย</p> <p>แบบประเมิน DSPM หมายถึง แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ใช้เพื่อการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยเบื้องต้นและเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กพร้อมให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ใช้ในการให้บริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดีและศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต</p> <p>แบบประเมิน DAIM หมายถึง แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่แรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และมีภาวะ Birth Asphyxia เพื่อการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยเบื้องต้นและเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กพร้อมให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ใช้ในการให้บริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดีและศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของ กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปี 2558/มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 70						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด -5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่อยู่ในช่วงอายุ 9 เดือน ถึง 9 เดือน 29 วัน/18 เดือนถึง 18 เดือน 29 วัน/30 เดือนถึง 30 เดือน 29 วัน/42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม nutri ปกติ/สงสัยล่าช้า)						
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม						
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุที่กำหนดแล้วผลการตรวจพัฒนาการสมวัย</p> <p>B = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดในช่วงเวลาเดียวกัน</p>						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน						
เกณฑ์การให้คะแนน	รายการข้อมูล	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	เพิ่มขึ้นจาก ปี 58	>ร้อยละ 65	>ร้อยละ 70	>ร้อยละ 75	>ร้อยละ 80	>ร้อยละ 85
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./ รพ.สต./สสอ.						
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สตรีและเด็ก 0-5 ปี						
ผู้ประสานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	นางสาวบรรเจิด สละชุ่ม ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร 088 2860864,081 7072648 E-mail : beeta5878@hotmail.com						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1						



KPI No.1.01.004	PI 4 : ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับวัคซีนตามวัย
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ทุกคนที่มาใช้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ณ สถานบริการสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ได้รับวัคซีนตามวัย ครบชุด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เด็ก 1 ปีได้รับวัคซีนครบชุดหมายถึงเด็กอายุครบ 1 ปีในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน BCG,DTP-HB1-3, OPV1-3 และ MMR1 2. เด็ก 2 ปีได้รับวัคซีนครบชุดหมายถึงเด็กอายุครบ 2 ปีในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนBCG,DTP-HB1-3 , OPV1-3 , MMR1 , JE1-2 , DTP4 ,OPV4 3. เด็ก 3 ปีได้รับวัคซีนครบชุดหมายถึงเด็กอายุครบ 3 ปีในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน BCG , DTP-HB1-3 , OPV1-3 , DTP4 ,OPV4 , JE1-3 และ MMR1-2 4. เด็ก 5 ปีได้รับวัคซีนครบชุดหมายถึงเด็กอายุครบ 3 ปีในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน BCG , DTP-HB3 , OPV3 , MMR1-2 , JE1-3 , DTP4-5 ,OPV4-5
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เด็ก 1 ปี ได้รับวัคซีนครบชุด (BCG-MMR) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95(หรือ เพิ่มขึ้นจากเป้าเดิม) 2. เด็ก 2 ปีได้รับวัคซีนครบชุด (BCG-DTP4/JE2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (หรือ เพิ่มขึ้นจากเป้าเดิม) 3. เด็ก 3 ปีได้รับวัคซีนครบชุด (BCG- JE3/ MMR1-2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 (หรือ เพิ่มขึ้นจากเป้าเดิม) 4. เด็ก 5 ปีได้รับวัคซีนครบชุด (BCG- DTP5) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (หรือ เพิ่มขึ้นจากเป้าเดิม)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เด็กอายุ 0-5 ปี ตามวัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อายุครบ 1 ปีในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี) <ul style="list-style-type: none"> - รายงานรอบ 6 เดือนแรกเด็กที่มีอายุครบ 1 ปีคือเด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557-31 มีนาคม 2558 - รายงานรอบ 6 เดือนหลัง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี คือ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1เมษายน 2558-30 กันยายน 2558 2.อายุครบ 2 ปีในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 2 ปี) <ul style="list-style-type: none"> -รายงานรอบ 6 เดือนแรกเด็กที่มีอายุครบ 2 ปีคือเด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556-31 มีนาคม 2557 -รายงานรอบ 6 เดือนหลัง เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี คือ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2557-30 กันยายน 2557 3.อายุครบ 3 ปีในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 3 ปี) <ul style="list-style-type: none"> - รายงานรอบ 6 เดือนแรกเด็กที่มีอายุครบ 3 ปีคือเด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555-31 มีนาคม 2556 - รายงานรอบ 6 เดือนหลัง เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี คือ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1เมษายน 2556-30 กันยายน 2556 4.อายุครบ 5 ปีในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 5 ปี) <ul style="list-style-type: none"> - รายงานรอบ 6 เดือนแรกเด็กที่มีอายุครบ 5 ปีคือเด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 - 31 มีนาคม 2554 - รายงานรอบ 6 เดือนหลัง เด็กที่มีอายุครบ 5 ปีคือ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2554-30 กันยายน 2554
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม EPI รหัสvaccine
รายการข้อมูล	<p>1. เด็ก 1 ปี ได้รับวัคซีนครบชุด (BCG-MMR)</p> <p>A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG และ DTP-HB เข็ม 1-3 และ OPV ครั้งที่ 1-3 และMMR1</p> <p>B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีในงวดรายงาน</p>
รายการข้อมูล	<p>2. เด็ก 2 ปีได้รับวัคซีนครบชุด (BCG-DTP4/JE2)</p> <p>A = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG และ DTP-HB1-3 และ OPV1-3 และ MMR1 และ JE1-2 และ DTP4 ,OPV4</p> <p>B = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปีในงวดรายงาน</p>



KPI No.1.01.004	PI 4 : ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับวัคซีนตามวัย (ต่อ)						
รายการข้อมูล	3. เด็ก 3 ปี ได้รับวัคซีนครบชุด (BCG-MMR) A = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG ,DTP-HB1-3 ,OPV1-3 ,DTP4 ,OPV4 ,JE1-3 และ MMR1-2 B = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปีในงวดรายงาน						
รายการข้อมูล	4. เด็ก 5 ปีได้รับวัคซีนครบชุด (BCG- DTP5) A = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG และ DTP-HB1-3 ,OPV1-3 , MMR1-2 ,JE 1-2 และ DTP4-5 ,OPV4-5 B = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปีในงวดรายงาน						
สูตรคำนวณ	(A/B) X100						
ระยะเวลาการประเมิน	จากรายงาน MIS ทุก 6 เดือน (ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4)						
เกณฑ์การให้คะแนน	รายการข้อมูล	น้ำหนักคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
			1	2	3	4	5
	ร้อยละของเด็ก 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบชุด (BCG-MMR)	25	<80 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม < 20 %	≥80 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 20 %	≥85%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 25 %	≥90%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 30 %	≥95%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 35 %
	ร้อยละของเด็ก 2 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบชุด (BCG- DTP4 ,OPV4)	25	<75 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม < 20 %	≥75 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 20 %	≥80%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 25 %	≥85%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 30 %	≥90%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 35 %
	ร้อยละของเด็ก 3 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบชุด (BCG-MMR2,JE3)	25	<80 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม < 20 %	≥80 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 20 %	≥85%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 25 %	≥90%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 30 %	≥95%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 35 %
ร้อยละของเด็ก 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนครบชุด (BCG- DTP4-5 ,OPV4-5)	25	<80 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม < 20 %	≥80 %หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 20 %	≥85%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 25 %	≥90%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 30 %	≥95%หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 35 %	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./ รพ.สต./สสอ.						
ผู้จัดเก็บ	PM สตรีและเด็ก 0-5 ปี						
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางศรีกัญญา วุฒินันท์ชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ 056 990354 ต่อ 135,136						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1						

แผนงานที่ 2 กลุ่มเด็กประถมศึกษา 6-14 ปี

KPI No.1.02.005	PI 5 : ผลสำเร็จการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
คำนิยาม	<p>-โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงเรียนที่มีความร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านการศึกษา โดยการพัฒนาศักยภาพโรงเรียนให้เป็นจุดเริ่มต้นและศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เป็นการดำเนินงานซึ่งเน้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นทิศทางแก่โรงเรียน เพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตาม 10 องค์ประกอบ</p> <p>-โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง คือ โรงเรียนเรียนที่ได้รับการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง โดยผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 8 องค์ประกอบ ไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าขั้นพื้นฐานใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ</p> <p>-โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร คือ โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับทองที่เข้าร่วมโครงการและผ่านการรับรองมาตรฐาน 3 ด้าน 19 ตัวชี้วัด (เกณฑ์ประเมินของประเทศ) โรงเรียนที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรจะต้องผ่านเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัด 19 ตัวชี้วัดจากศูนย์อนามัยและคณะกรรมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัดระดับเขต ระดับประเทศ</p> <p>- อสม.น้อย หมายถึง นักเรียนที่เป็นอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อเช่นไข้เลือดออก ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้านสุขาภิบาลอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเก็บภาชนะอุปกรณ์ การเลือกใช้ภาชนะ การล้างภาชนะ เรื่องความสะอาด ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น เช่น ตรวจร่างกาย อย่างง่าย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงตัดเกรด ตรวจวัดสายตา ตรวจการได้ยิน โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การรักษาความสะอาดร่างกาย ปฏิบัติตามแนวทางสุขบัญญัติ 10 ประการ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ เช่น ทำแผล วัดไข้ ช่วยเหลือคนเป็นลม การห้ามเลือด แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก กระจก แขน ขาหัก เลือดกำเดาออก สุนัขกัด งูกัด ตะคริว ก้างติดคอ ท้องร่วงและมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาสามัญประจำบ้าน ทั้งยาตำราหลวงและสมุนไพร มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเรื่องฟัน การแปรงฟันที่ถูกวิธี การล้างมือที่ถูกวิธี รู้จักวิธีเลือกซื้ออาหาร อ่านฉลาก ยา เครื่องสำอาง ฯลฯ</p> <p>- นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน Z108</p> <p>- นักเรียน ป.6 ทุกสังกัดได้รับวัคซีน DT</p> <p>- โรงเรียนทุกสังกัดได้รับการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>- โรงเรียนปลอดน้ำอืดลมและขนมกรุบกรอบ คือ ไม่มีการจำหน่ายและบริโภคในโรงเรียน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร อำเภอละ 1 โรงเรียน 2. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองร้อยละ 60 3. ร้อยละ 50 ของโรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด มี อสม.น้อย 4. นักเรียนป.1-ป.6 ได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ 90 5. นักเรียน ป.6 ได้รับการฉีด DT ร้อยละ 95 6. ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 100 7. โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดปลอดน้ำอืดลมและขนมกรุบกรอบร้อยละ 75
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาทุกสังกัด(ยกเว้นเกณฑ์เป้าที่ 3-5เฉพาะระดับประถมศึกษา)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรอกผลการประเมินและผล การดำเนินงานใน MIS (ประมวลในโปรแกรมหน่วยบริการ)
แหล่งข้อมูล	43 แห่ง ,MIS และการสำรวจ



KPI No.1.02.005	PI 5 : ผลสำเร็จการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)							
รายการข้อมูล	1. จำนวนโรงเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร 2. จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 3. จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดที่มี อสม.น้อย 4. จำนวนนักเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดที่ได้รับการตรวจสุขภาพ 5. จำนวนนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกโรงเรียนทุกสังกัดที่ได้รับการฉีดวัคซีน DT 6. จำนวนโรงเรียนทุกสังกัดที่ได้รับการประเมินร.ส่งเสริมสุขภาพ(เกณฑ์ใหม่) 7. โรงเรียนปลอดน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ							
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ : $\frac{\text{ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก } \sum(w \times c)}{\text{คะแนนเต็ม (5) } \times \text{ผลรวมน้ำหนัก (sum W)}}$							
เกณฑ์การให้ คะแนน	การดำเนินงาน	น้ำหนัก	ระดับ	1	2	3	4	5
	1.จำนวน ร.ร.ระดับเพชร	15	จำนวนร.	0	0	0	0	1
	2.ร.ร.ระดับทอง	15	ร้อยละ	50-54	55-59	60-64	65-69	>69
	3.ร.ร.มีอสม.น้อย	15	ร้อยละ	40-44	45-49	50-54	55-60	>60
	4. นักเรียน ป.1-6ได้รับการตรวจสุขภาพ	15	ร้อยละ	75-79	80-84	85-90	91-95	>95
	5.นร.ป.6 ป ที่ได้รับdT	10	ร้อยละ	<80	≥80	≥85	≥90	≥95
	6.ดำเนินการประเมินร.ส่งเสริมฯ (เกณฑ์ใหม่)	20	ร้อยละ	70-74	75-89	85-89	90-95	>95
	7.โรงเรียนปลอดน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ	10	ร้อยละ	70-74	75-84	85-89	90-95	>95
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	รพ.สต.,ร.พ.,สสจ.							
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วิจัยเรียน							
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางเจษฎาพร เจษฎายุทธิการกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โทร. 081 596 8153 นางปาณิดา แก้วมณี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โทร. 089-6076062							
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1							

KPI No.1.02.006	PI 6 : ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพในช่องปาก																												
คำนิยาม	<p>1) เด็กนักเรียนอายุ 12 ปี หมายถึง เด็กอายุ 12ปีเต็มจนถึงอายุ 12ปี 11 เดือน 29 วันซึ่งเป็นเด็กที่มีชื่อและตัวตนอยู่ปรากฏ รวมทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ ทั้งนี้เฉพาะสัญชาติไทยปราศจากฟันแท้ผู้หมายถึงฟันแท้ทุกซี่ในช่องปากไม่ผุ และฟันไม่ผุคือฟันที่ไม่มีรูที่ด้านใดด้านหนึ่งบนฟันหรือเป็นฟันผุที่กินลึกเข้าไปได้เคลือบฟันมีพื้นหรือผ่น้ำนึ่ง และไมรวมทั้งฟันแท้ที่ได้รับการบูรณะแล้ว</p> <p>2) นักเรียน ป.1 หมายถึง เด็กที่ศึกษาอยู่ชั้น ป.1 ในโรงเรียนสังกัด สพป.,เทศบาล และโรงเรียนเอกชน ในจังหวัดพิจิตร</p> <p>3) นักเรียน ป.6 หมายถึง เด็กที่ศึกษาอยู่ชั้น ป.1 ในโรงเรียนสังกัด สพป.,เทศบาล และโรงเรียนเอกชน ในจังหวัดพิจิตร</p> <p>4) การเคลือบหลุมร่องฟัน หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันทาบนหลุมร่องฟันที่ลึกของฟันกรามแท้ที่ไม่มีรอยผุ</p>																												
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (ผุK020) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55</p> <p>2. นักเรียน ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน(ซี่ 6) (2387030) ไม่น้อยกว่าร้อยละ50</p> <p>3. นักเรียน ป.6 ได้รับการเคลือบปิดหลุมร่องฟัน(ซี่ 7) (2387030) ไม่น้อยกว่าร้อยละ50</p>																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>- โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดในจังหวัดพิจิตร</p> <p>- นักเรียน ป.1 และ 6 และโรงเรียนสังกัด สพป.,เทศบาล และโรงเรียนเอกชน ในจังหวัดพิจิตร</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุอายุ 12 ปี เต็มจนถึงอายุ 12ปี 11 เดือน 29</p>																												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>- ทันตบุคลากรผู้ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXp / HosPCU ของสถานบริการและส่งรายงานตามระบบไปยัง สสจ.พิจิตร และประมวลผลโดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.พิจิตร และแสดงผลงานเป็นภาพอำเภอ/จังหวัด</p> <p>- ข้อมูลโรงเรียนปราศจากฟันผุจาก MIS</p> <p>- ข้อมูลเด็ก 12 ปี ปราศจากฟันผุจากการสำรวจ</p>																												
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม /MIS /สำรวจ																												
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอายุ 12 ปี ที่ปราศจากฟันผุ</p> <p>B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอายุ 12 ปี ทั้งหมด</p>																												
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนเด็ก ป.1ทุกสังกัดที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน</p> <p>B = จำนวนเด็ก ป.1ทุกสังกัดทั้งหมด</p>																												
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนเด็ก ป.6 ทุกสังกัดที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน</p> <p>B = จำนวนเด็ก ป.6ทุกสังกัดทั้งหมด</p>																												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																												
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 12 เดือน																												
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>สูตรคำนวณ : $\frac{\text{ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก} \sum(w \times c)}{\text{คะแนนเต็ม (5)} \times \text{ผลรวมน้ำหนัก (sum W)}}$</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>น้ำหนัก</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ร้อยละของนักเรียนอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ</td> <td>20</td> <td><50</td> <td>50-54</td> <td>55</td> <td>56-60</td> <td>>60</td> </tr> <tr> <td>2.ร้อยละของเด็กป. 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน</td> <td>40</td> <td>>45</td> <td>45-49</td> <td>50</td> <td>51-55</td> <td>>55</td> </tr> <tr> <td>3.ร้อยละของเด็กป.6ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน</td> <td>40</td> <td>>45</td> <td>45-49</td> <td>50</td> <td>51-55</td> <td>>55</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	น้ำหนัก	1	2	3	4	5	1.ร้อยละของนักเรียนอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ	20	<50	50-54	55	56-60	>60	2.ร้อยละของเด็กป. 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	40	>45	45-49	50	51-55	>55	3.ร้อยละของเด็กป.6ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	40	>45	45-49	50	51-55	>55
ระดับคะแนน	น้ำหนัก	1	2	3	4	5																							
1.ร้อยละของนักเรียนอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ	20	<50	50-54	55	56-60	>60																							
2.ร้อยละของเด็กป. 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	40	>45	45-49	50	51-55	>55																							
3.ร้อยละของเด็กป.6ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	40	>45	45-49	50	51-55	>55																							

KPI No.1.02.006	PI 6 : ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพในช่องปาก (ต่อ)
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	-ตัวชี้วัดที่ 1 สสจ.พิจิตร จัดเก็บ(ปีละครั้ง) -ตัวชี้วัด 2-3รพ.สต,ร.พ.จัดเก็บ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วยเรียน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางปานิดา แก้วมณี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โทร. 089-6076062 นางเจษฎาพร เจษฎายุทธิการกุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โทร. 081 596 8153
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1



KPI No.1.02.007	PI 7: ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ
คำนิยาม	<p>1. เด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ 6 ปีเต็ม จนถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>2. การเฝ้าระวังทางโภชนาการเด็กวัยเรียน(6-14 ปี)ประกอบด้วยตัวชี้วัดและดำเนินดังนี้</p> <p>2.1 ส่วนสูงระดับดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต เจริญเติบโต เจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>2.2 สมส่วนหมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>2.3 เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>2.4 ภาวะอ้วน หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ส่วนสูงเดียวกันอ่านผลได้ที่จุด เริ่มอ้วนและอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ $+2$ SD ขึ้นไป) จากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย</p> <p>2.5. การประเมินภาวะโภชนาการ คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กเด็กอายุ 6-14 ปี ซึ่งจะทำการทราบว่า เด็กได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอหรือไม่ โดยประเมินการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียน เทอมละ 1 ครั้ง</p> <p>2.6 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ ที่มีเด็กอ้วนเกินเกณฑ์มีการจัดกระบวนการแก้ไข /ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.</p> <p>3. กระบวนการแก้ไขปัญหภาวะอ้วน คือ</p> <p>3.1 มีกิจกรรมและแผนปฏิบัติการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะอ้วนในโรงเรียน/ชุมชน</p> <p>3.2 จัดระบบการติดตามประเมินผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. เด็ก 6 – 14 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p>2. เด็ก 6 – 14 ปี มีภาวะอ้วน ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>3. เด็ก 6 – 14 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p>4. โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดที่มีเด็กอ้วนเกินร้อยละ 10 มีการดำเนินการจัดขบวนแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ 6 ปีเต็ม จนถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>- รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กจากโรงเรียนบันทึกในโปรแกรม เพื่อส่งต่อให้สสอ. และ สสจ. รวบรวมส่งระบบรายงาน 43 แฟ้ม Key IN</p> <p>- โรงเรียนบันทึกข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงลงในโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก และส่งข้อมูลผ่านทางอีเมลมาที่ศูนย์อนามัยและสำนักโภชนาการ กรมอนามัย</p> <p>- สํารวจโดยสุ่มชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนักเรียนเป้าหมายที่เป็นตัวแทนระดับอำเภอ 12อำเภอ</p>
แหล่งข้อมูล	โรงเรียนทั้งภาครัฐและเอกชน
รายการข้อมูล	<p>1. เด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง</p> <p>A = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง</p> <p>B = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล	<p>2.เด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน</p> <p>A = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน</p> <p>B = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด</p>

KPI No.1.02.007	PI 7: ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (ต่อ)																																			
รายการข้อมูล	3.เด็กอายุ 6-14 ปี เด็กอายุ 6 – 14 ปี มีภาวะอ้วน A = จำนวนเด็กอายุ 6 – 14 ปี มีภาวะอ้วน B = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด																																			
รายการข้อมูล	4.โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดที่มีเด็กอ้วนเกินเกณฑ์เกินร้อยละ 10 มีการดำเนินการจัดชบวนแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม A =จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดที่มีเด็กอ้วนเกินเกณฑ์เกินร้อยละ 10 มีการดำเนินการจัดชบวนแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม B = จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดที่มีเด็กอ้วนเกินร้อยละ 10																																			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																																			
เกณฑ์การให้คะแนน	สูตรคำนวณ : ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก $\sum(w \times c) \times 100$ คะแนนเต็ม (5) x ผลรวมน้ำหนัก (sum W) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>น้ำหนัก</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน</td> <td>10</td> <td>60-64</td> <td>65 – 69</td> <td>70</td> <td>71 – 75</td> <td>≥ 76</td> </tr> <tr> <td>2.ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน</td> <td>10</td> <td>ลดลง ร้อยละ 0.1</td> <td>ลดลง ร้อยละ 0.2</td> <td>ลดลง ร้อยละ 0.3</td> <td>ลดลง ร้อยละ 0.4</td> <td>ลดลง ร้อยละ 0.5</td> </tr> <tr> <td>3.ร้อยละเด็กวัยเรียนได้รับการประเมินภาวะโภชนาการปีละ 2 ครั้ง</td> <td>40</td> <td>50 - 64</td> <td>65 - 69</td> <td>70</td> <td>71 - 75</td> <td>>75</td> </tr> <tr> <td>4.ร้อยละของโรงเรียนที่มีเด็กวันเรียนอ้วนเกิน ร้อยละ10 มีกระบวนการแก้ปัญหา</td> <td>40</td> <td>60-69</td> <td>70-79</td> <td>80-89</td> <td>90-99</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	น้ำหนัก	1	2	3	4	5	1.ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	10	60-64	65 – 69	70	71 – 75	≥ 76	2.ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน	10	ลดลง ร้อยละ 0.1	ลดลง ร้อยละ 0.2	ลดลง ร้อยละ 0.3	ลดลง ร้อยละ 0.4	ลดลง ร้อยละ 0.5	3.ร้อยละเด็กวัยเรียนได้รับการประเมินภาวะโภชนาการปีละ 2 ครั้ง	40	50 - 64	65 - 69	70	71 - 75	>75	4.ร้อยละของโรงเรียนที่มีเด็กวันเรียนอ้วนเกิน ร้อยละ10 มีกระบวนการแก้ปัญหา	40	60-69	70-79	80-89	90-99	100
ระดับคะแนน	น้ำหนัก	1	2	3	4	5																														
1.ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	10	60-64	65 – 69	70	71 – 75	≥ 76																														
2.ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน	10	ลดลง ร้อยละ 0.1	ลดลง ร้อยละ 0.2	ลดลง ร้อยละ 0.3	ลดลง ร้อยละ 0.4	ลดลง ร้อยละ 0.5																														
3.ร้อยละเด็กวัยเรียนได้รับการประเมินภาวะโภชนาการปีละ 2 ครั้ง	40	50 - 64	65 - 69	70	71 - 75	>75																														
4.ร้อยละของโรงเรียนที่มีเด็กวันเรียนอ้วนเกิน ร้อยละ10 มีกระบวนการแก้ปัญหา	40	60-69	70-79	80-89	90-99	100																														
ระยะเวลาประเมินผล	- รพ.สต. / สสอ. / รพช. / รพท. ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ปีละ 2 ครั้งคือ เดือน พฤษภาคม-มิถุนายน สำหรับเทอม 1 และเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม สำหรับเทอม 2 - โรงเรียนส่งรายงานผ่านโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก ปีละ 2 ครั้ง คือ เดือน พฤษภาคม-มิถุนายน สำหรับเทอม 1 และเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม สำหรับเทอม 2 - MIS																																			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานบริการ รพ.สต. รพช. รพท. เทศบาล / สสอ.																																			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วัยเรียน																																			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวรากร โภชนะสมบัติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ 056 990354 ต่อ 140																																			
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1																																			

แผนงานที่ 3 กลุ่มวัยรุ่นและนักเรียนมัธยมศึกษา 15-19 ปี

KPI No.1.03.008	PI 8 : อำเภอมัชฌิมวิทยุณคุณธรรม “คคดดี ทำดี TO BE NUMBER ONE” มีกิจกรรมต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ชมรม				
คำนิยาม	ชมรมวิทยุณคุณธรรม “คคดดี ทำดี TO BE NUMBER ONE” หมายถึงชมรมที่มีประชากรอายุ 15-19 ปี ที่สังกัดชมรม TO BE NUMBER ONE ในพื้นที่ ที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1. เป็นสมาชิกชมรม วิทยุณคุณธรรม “ คคดดี ทำดี TO BE NUMBER ONE ” ที่สังกัดอยู่ใน สถานศึกษา ระดับมัธยม / ขยายโอกาส / อาชีวศึกษา , ในสถานประกอบการ ได้แก่โรงงาน ห้างร้าน บริษัท , ในชุมชน (หมู่บ้าน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. มีกิจกรรมสร้างสรรค์เป็นต้นแบบได้ ในโรงเรียน,สถานประกอบการ , ชุมชน 3. ประเภทชมรม ดังนี้ 3.1 ประเภทสถานศึกษา 3.2 ประเภทสถานประกอบการ 3.3 ประเภทในชุมชน				
เกณฑ์เป้าหมาย	อย่างน้อย ประเภทละ 1 ชมรม/อำเภอ ที่มีกิจกรรมสร้างสรรค์เป็นต้นแบบได้และดำเนินการต่อเนื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ชมรมฯ ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และในชุมชน (หมู่บ้าน)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อำเภอรายงานผลในโปรแกรม MIS				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน MIS สสจ.พิจิตร				
รายการข้อมูล	-				
สูตรคำนวณ	-				
ระยะเวลาการประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (มกราคม - มิถุนายน 2559)				
เกณฑ์การให้คะแนน	1	2	3	4	5
	1.มีสมาชิกชมรมน้อยกว่าร้อยละ 75 2. มีชมรม 1 ประเภท 3. ชมรมมีกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง	1.มีสมาชิกชมรมน้อยกว่าร้อยละ 75-80 2. มีชมรม 2 ประเภท 3. ชมรมมีกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง	1.มีสมาชิกชมรมร้อยละ 85-90 2. มีชมรมครบทุกประเภท 3. ชมรมมีกิจกรรมต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ชมรม	1.มีสมาชิกชมรมร้อยละ 90-95 2. มีชมรมครบทุกประเภท 3. ชมรมมีกิจกรรมต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ชมรม	1.มีสมาชิกชมรมมากกว่าร้อยละ 95 2. มีชมรมครบทุกประเภท 3. ชมรมมีกิจกรรมต่อเนื่อง
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	คบสอ.				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วิทยุณและนักเรียนมัธยมศึกษา 15-19 ปี				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางรุ่งทิภา มโนวิชิตสรค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรศัพท์ 056 990354 ต่อ 137				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทยา ณะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1				

Baseline ข้อมูลปี2558

ผลงาน	2555			2556			2557			2558			
	n/a			n/a			n/a			n/a			
	จังหวัด	ม.	วพ.	พช.	ตพ.	บน.	พล.	สง.	ทค.	สล.	บร.	ดร.	วชร.
ปี 2558	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
เป้าหมายปี 2559	12 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม	อำเภอละ 1 ชมรม



KPI No.1.03.009	PI 9 : อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น					
คำนิยาม	1. อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น หมายถึงอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชาย ม.5 ในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่อุปสรรค 2. วิธีการเก็บข้อมูลเก็บในกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในสถานศึกษาชั้นพื้นฐานในสังกัด สพม.41ทุกคน โดยให้เก็บข้อมูลคราวเดียวกัน และใช้แบบสอบถามกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่5 ในสถานศึกษาสังกัด สพม.41ทุกคน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) สำรวจเดือนมิถุนายน ของทุกปี					
แหล่งข้อมูล	ใช้ผลการสำรวจจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Sentinel Surveillance : BSS)					
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ที่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภทครั้งล่าสุดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา B = จำนวนผู้ที่สำรวจทั้งหมดที่ให้ประวัติว่ามีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง					
เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น	ต่ำกว่าร้อยละ69	69-74	75-80	81-86	87 ขึ้นไป
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ. , รพ.สต.					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วัยรุ่นและนักเรียนมัธยมศึกษา 15-19 ปี					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางภัสสร่า จันทนาครตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ 056 990354 ต่อ 135					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

Baseline ข้อมูลปี 2558 จากแบบสำรวจ BSS นร. ม 5 ชาย ณ มิถุนายน 2558

ผลงาน	2555			2556			2557			2558			
	จว.	ม.	วพ.	พช.	ตพ.	บน.	พล.	สง.	ทค.	สล.	บร.	ดร.	วช.
อัตราการใช้ถุงยาง	75.2	71.4	25	85.7	50	87.5	77.8	81.8	50	66.7	88.9	100	75
เป้าหมายปี 2559	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75



KPI No.1.03.010	PI 10 : อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15 -19 ปี ลดลง					
คำนิยาม	การคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี หมายถึง จำนวนการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15 -19ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุ 15 -19 ปี ที่มีการคลอดมีชีพในปีงบประมาณ ที่ทำการเก็บข้อมูล					
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20 (ของปีที่ผ่านมา)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดในทะเบียนราษฎร					
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง labor					
รายการข้อมูล	1. คำนวณ อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี A = จำนวนการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15 – 19 ปี ในสถานบริการ B = จำนวนประชากรหญิงอายุ 15 -19 ปี ทั้งหมด 2. คำนวณ อัตราการคลอดฯ ลดลงร้อยละ 20 ของปีที่ผ่านมา A =Base line อำเภอก B = ลดลงร้อยละ 20(80 / 100) =Base line อำเภอก x (80 / 100)					
สูตรคำนวณ	$(A / B) \times 1,000$					
ระยะเวลาการประเมิน	ทุก 3 เดือน (ธันวาคม / มีนาคม / มิถุนายน / กันยายน)					
เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี	ลดลง <ร้อยละ 15	ลดลง ร้อยละ 15 -19	ลดลง ร้อยละ 20	ลดลง ร้อยละ 21-25	ลดลง >ร้อยละ 25
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ. ทุกแห่ง , รพ.สต. ทุกแห่ง					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วิทยุและนักเรียนมัธยมศึกษา 15-19 ปี					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุนลินต์ บุญสิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ 056 990354 ต่อ 140					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทยา ณะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

Baseline ข้อมูลปี2558

ผลงาน	2555			2556			2557			2558			
	58.2			55.6			39.4			26.40			
	จว.	ม.	วพ.	พช.	ตพ.	บน.	พล.	สง.	ทค.	สล.	บร.	ดร.	วชร.
Baseline 2558	26.4	25.63	29.21	35.74	23.41	19.61	33.28	21.07	21.96	26.16	37.7	16.69	25.62
เป้าหมาย 2559	ไม่เกิน 21.12	ไม่เกิน 20.50	ไม่เกิน 23.36	ไม่เกิน 28.59	ไม่เกิน 18.72	ไม่เกิน 15.68	ไม่เกิน 26.62	ไม่เกิน 16.85	ไม่เกิน 17.56	ไม่เกิน 20.92	ไม่เกิน 30.16	ไม่เกิน 13.35	ไม่เกิน 20.49



KPI No.1.03.011	PI 11 : อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15 -19 ปี ไม่เกินร้อยละ 10					
คำนิยาม	การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี หมายถึง หญิงอายุ 15 -19 ปีที่มาก่อนคลอดหรือแท้งบุตร และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ต่อจำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมดในปีงบประมาณ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดตั้งแต่ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปในปีงบประมาณ ที่ทำการเก็บข้อมูล					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 10					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 -19 ปี ที่มีการคลอดหรือแท้งบุตรในสถาน-บริการสาธารณสุข					
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง					
รายการข้อมูล	A = จำนวนหญิงอายุ 15 -19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป B = จำนวนหญิงอายุ 15 -19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	$(A / B) \times 100$					
ระยะเวลาการประเมิน	ทุก 3 เดือน (ธันวาคม / มีนาคม / มิถุนายน / กันยายน)					
เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
	อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี	> ร้อยละ 15	ร้อยละ 11 -15	ร้อยละ 10	ร้อยละ 5-9	< ร้อยละ 5
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. , รพ. ทุกแห่ง					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วิทยุและนักเรียนมัธยมศึกษา 15-19 ปี					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุนลินด์ บุญสิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ 056 990354 ต่อ 140					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทยา ณะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

Baseline ข้อมูลปี2558

ผลงาน	2555			2556			2557			2558			
	n/a			n/a			16.7			12.0			
	จว.	ม.	วพ.	พช.	ตพ.	บน.	พล.	สง.	ทค.	สล.	บร.	ดร.	วชร.
Baseline58	12	14.4	15.4	13.2	3.8	3.7	11.9	9.7	18.8	18.2	10.5	9.1	14.3
เป้าหมาย59	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10



KPI No.1.03.012	PI 12 : ร้อยละของอำเภอที่ได้รับการรับรองอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์					
คำนิยาม	อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึงอำเภอที่ดำเนินการเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน กระตุ้นและผลักดันให้วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม โดยบูรณาการและเสริมสร้างความเข้มแข็งของทุกองค์กรพื้นที่ ในงานอนามัยวัยรุ่น ทั้งสถานบริการสาธารณสุข , สถานศึกษา, ครอบครัว และชุมชน มีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและมีเอกภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเยาวชนอย่างครอบคลุม ลดปัญหาและผลกระทบต่อเยาวชนและสังคม					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอในจังหวัดพิจิตร (12 อำเภอ)					
เกณฑ์เป้าหมาย	ทุกอำเภอผ่านเกณฑ์ฯ (ร้อยละ 100) และอำเภอที่ผ่านการรับรองแล้วขยายผลให้ครอบคลุมครบทุกตำบล					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อำเภอประเมินตนเองตามมาตรฐาน และศูนย์วิชาการระดับเขตประเมินรับรอง					
แหล่งข้อมูล	รายงานการประเมินตนเองของทุกอำเภอ และการรับรองผลจากศูนย์วิชาการ					
รายการข้อมูล	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านการรับรองตามเกณฑ์อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ B = จำนวนอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
ระยะเวลาการประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ก่อนเดือน มิถุนายน 2559)					
เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
	ร้อยละของอำเภอที่ได้รับการรับรองอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์	มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกองค์ประกอบ	ผลประเมินอยู่ในระดับปรับปรุง	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์และขยายผลได้ร้อยละ 75 ของตำบลทั้งหมด	ผ่านเกณฑ์และขยายผลสู่ตำบลได้ร้อยละ 100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	คปสอ.ทุกแห่ง					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM วัยรุ่นและนักเรียนมัธยมศึกษา 15-19 ปี					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุชนลีนต์ บุญสิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ 056 990354 ต่อ 140					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

Baseline ข้อมูลปี2558

ผลงาน	2555			2556			2557			2558			
	0			0			1			5			
	จว.	ม.	วพ.	พช.	ตพ.	บน.	พล.	สง.	ทค.	สส.	บร.	ตร.	วชร.
Baseline 2558	33.33	ยังไม่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์2ตำบล	ผ่านเกณฑ์2ตำบล	ยังไม่ประเมิน	ยังไม่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์2ตำบล	ยังไม่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์2ตำบล	ยังไม่ประเมิน	ยังไม่ประเมิน	ยังไม่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์ 100%
เป้าหมาย 2559	อำเภอผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100	ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ตำบล	ขยายผลให้ครบทุกตำบล	ขยายผลให้ครบทุกตำบล	ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ตำบล	ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ตำบล	ขยายผลให้ครบทุกตำบล	ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ตำบล	ขยายผลให้ครบทุกตำบล	ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ตำบล	ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ตำบล	ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 2 ตำบล	คงสภาพ



แผนงานที่ 4 วัยทำงาน

KPI No.1.04.013	PI 13 :ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
คำอธิบาย/นิยาม	<p>PI13.1 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(ร้อยละ 10)</p> <p>PI13.2 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(ร้อยละ 10)</p> <p><u>เบาหวาน</u> <u>การคัดกรองเบาหวาน</u> หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) <u>การจำแนกผลการคัดกรองเบาหวาน</u> <u>กลุ่มปกติ</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล FBS < 100 mg/dl <u>กลุ่มเสี่ยงสูง</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล FBS > 100 - 125 mg/dl (กรณีอดอาหาร) <u>ผู้ที่มีผล FBS > 200 mg/dl (กรณีไม่อดอาหาร)</u> <u>กลุ่มเสี่ยงที่คาดว่าจะป่วย</u> ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อีกครั้ง <u>กลุ่มเสี่ยงระดับ 1</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล FBS > 126 - 154 mg/dl <u>กลุ่มเสี่ยงระดับ 2</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล FBS > 155 - 182 mg/dl <u>กลุ่มเสี่ยงระดับ 3</u>หมายถึง ผู้ที่มีผล FBS >183 mg/dl <u>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</u> หมายถึง กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3 อ. 3ส.) 6 สัปดาห์ขึ้นไป <u>ความดันโลหิตสูง</u> <u>การคัดกรองความดันโลหิตสูง</u> หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน <u>การจำแนกผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง</u> <u>กลุ่มปกติ</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล BPH < 120 mmHg BPL < 80 mmHg <u>กลุ่มเสี่ยงสูง</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล BPH ≥ 120-139 mmHg BPL ≥ 80-90 mmHg <u>กลุ่มเสี่ยงที่คาดว่าจะป่วย</u> ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อีกครั้ง <u>กลุ่มเสี่ยงระดับ 1</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล BPH ≥ 140-159 mmHg BPL ≥ 90-99 mmHg <u>กลุ่มเสี่ยงระดับ 2</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล BPH ≥ 160-179 mmHg BPL ≥ 100-109 mmHg <u>กลุ่มเสี่ยงระดับ 3</u> หมายถึง ผู้ที่มีผล BPH ≥ 180 mmHg BPL ≥ 110 mmHg <u>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</u> หมายถึง กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3 อ. 3ส.) 6 สัปดาห์ขึ้นไป</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(ร้อยละ 10) 2. กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 10)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35-59 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบทะเบียน 43 แฟ้ม/สถานบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	รพช., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ



KPI No.1.04.013	PI 13 : ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ต่อ)								
รายการข้อมูล	<u>เบาหวาน</u> A = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (Pre DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม B = จำนวนประชาชนอายุ 35-59 ปี ที่วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง (Pre DM) ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด <u>ความดันโลหิตสูง</u> A = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (Pre HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม B = จำนวนประชาชนอายุ 35-59 ปี ที่วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง (Pre HT) ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด								
สูตรคำนวณ	$(A / B) \times 100$								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ : $\frac{\text{ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก} \sum(W \times C)}{\text{คะแนนเต็ม} (5) \times \text{ผลรวมน้ำหนัก} (\text{sum } W)}$								
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดย่อย								
	ตัวชี้วัดย่อย	น้ำหนัก (W)	คะแนนเทียบกับร้อยละของตัวชี้วัดย่อย					คะแนนที่ได้ (C)	คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (W x C)
			1	2	3	4	5		
	1.กลุ่มเสี่ยง (Pre DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 10	50	6-7	7-8	9-10	11-12	13-14		
2.กลุ่มเสี่ยง (Pre HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 10	50	6-7	7-8	9-10	11-12	13-14			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง								
ระยะเวลาการประเมิน	ทุก 3 เดือน								
หน่วยงานประมวลผล	HDC สสจ.พิจิตร								
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM ้วยทำงาน								
ผู้ประสานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	นางเริงฤดี วีระวงศ์พรหม				นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-533-2809) E-mail : ooyphichit00@gmail.com				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก				ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1				

แผนงานที่ 5 วัยผู้สูงอายุ

KPI No.1.05.014	PI 14 : ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ ภาย-ใจ										
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป</p> <p>ประเมินสุขภาพกาย-ใจ หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจประเมินคัดกรองสุขภาพในประเด็น ดังนี้</p> <p>ทางกาย</p> <p>PI 1.1) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL : Activities of Daily Living) ติดสังคม =Z718 ติดบ้าน= Z743 ติดเตียง =Z508</p> <p>PI 1.2) ประเมินคัดกรองโรคเบาหวาน (ตัดผู้ป่วยออก) ใช้แฟ้ม ncd screen diag=Z131</p> <p>PI 1.3) ประเมินคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (ตัดผู้ป่วยออก) ใช้แฟ้ม ncd screen diag= Z136</p> <p>PI 1.4) ประเมินคัดกรองโรคสมองเสื่อม Z033 /พบภาวะ G301</p> <p>PI 1.5) ประเมินคัดกรองโรคต่อกระจก Z010</p> <p>PI 1.6) ประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม Z038</p> <p>PI 1.7) ประเมินสุขภาพช่องปาก Z012</p> <p>ทางใจ</p> <p>PI 1.8) ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า Z133</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย (ภาพจังหวัด)	รายการ	คัดกรอง กาย-ใจ รวม	ADL	DM	HT	ซึมเศร้า	ต่อ กระจก	ข้อเข่า เสื่อม	ช่องปาก	สมอง เสื่อม	
	ร้อยละ	60	85	85	85	85	60	60	35	20	
ประชากรกลุ่ม เป้าหมาย	อายุ 60 ปีขึ้นไป ยกเว้น คัดกรองสมองเสื่อม อายุ 70 ปี ขึ้นไป										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.) แบบคัดกรองผู้สูงอายุ รายคน และวิเคราะห์จำแนกแย่งกลุ่มเพื่อการจัดบริการดูแล 2.) บันทึกลงข้อมูลลงในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม										
แหล่งข้อมูล	1.) จากรายงาน 43 แฟ้ม ของ รพ.-รพ.สต. / MIS data จ.พิจิตร										
รายการข้อมูล	A =ประชากรอายุ 60ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจประเมิน/คัดกรองสุขภาพกาย-ใจ8 ประเด็น ยกเว้นคัดกรองสมองเสื่อม เป็นประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป B = ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปตามทะเบียนราษฎร์ยกเว้นคัดกรองสมองเสื่อม เป็นประชากรอายุ 70ปีขึ้นไป										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100										

KPI No.1.05.014	PI 14: ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ ภาย-ใจ (ต่อ)							
เกณฑ์การให้ คะแนน (เทียบค่าเกณฑ์ กลางจังหวัด)	ผลการคัด กรอง	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	
	ADL/DM/HT/ ซึมเศร้า	ร้อยละ	< 80	80-84	85-89	90-94	95ขึ้นไป	
	ต่อกระจก/ข้อ เข้าเสื่อม	ร้อยละ	< 55	55-59	60-64	65-69	70 ขึ้นไป	
	ช่องปาก	ร้อยละ	< 30	30-34	35-39	40-44	45 ขึ้นไป	
	สมองเสื่อม	ร้อยละ	< 15	15-19	20-24	25-29	30 ขึ้นไป	
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	รพ.สต./รพ./สสอ.							
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 12 เดือน							
หน่วยงาน ประมวลผล	สสอ. ประมวลผลภาพรวมระดับอำเภอ / สสจ.ประมวลผลภาพรวมระดับจังหวัด							
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM ผู้สูงอายุ							
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางวรรณภา เสือนาราง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 081-5961115 E-mail : wannapasua@gmail.com							
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1							



KPI No.1.05.015	PI 15 ร้อยละ 40 ของตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)					
คำนิยาม	<p>ตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง มีตำบลดำเนินงานตามองค์ประกอบการดำเนินงาน 6 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีระบบการประเมิน/คัดกรองข้อมูลผู้สูงอายุ ตามกลุ่มศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) /มีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งที่เป็นทางการ(Formal)และไม่เป็นทางการ (Informal) 4) มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ(Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ หรือ โดย(Care Team & Care Manager) 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสาธารณสุขในระดับตำบล โดยทันตสาธารณสุข 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3(ติดเตียง)โดยท้องถิ่น และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม <p>ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ผ่านเกณฑ์ LTC</p> <p>บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในรพ.สต. หรือสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ หรือ อสม.</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ :ตำบลมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบผ่านเกณฑ์ทุกข้อ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำบลเป้าหมาย ในแต่ละอำเภอ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานโดย รพ. / รพ.สต.					
แหล่งข้อมูล	จากการรายงานเอกสาร โดย รพ./รพ.สต. /สสอ.					
รายการข้อมูล	A = จำนวน ตำบลที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว B = จำนวนตำบลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน(เทียบค่าเกณฑ์กลางจังหวัด)	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	< 35	35-39	40-44	45-49	50 ขึ้นไป
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ. / รพ.สต.					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมนิเทศ คปสอ.					

KPI No.1.05.015	PI 15 : ร้อยละ 40 ของตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care)(ต่อ)
วิธีการประเมินผล	1) รพ. / รพ.สต. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ 2) อำเภอ ประเมิน ตำบล และรายงาน สสจ.ขอรับประเมิน 3) สสจ. ประเมิน และสรุปรายงาน ศูนย์อนามัย
เอกสารสนับสนุน	1) คู่มือการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ กรมอนามัย 2) คู่มือตำบลต้นแบบดีเด่น ของ กรมอนามัย 3) คู่มือแนวทางการประเมิน ADL ของกรมอนามัย 4) คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ 5) คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฯ
หน่วยงาน ประมวผล	สสอ. ประมวผลภาพรวมระดับอำเภอ / สสจ.ประมวผลภาพรวมระดับจังหวัด
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM ผู้สูงอายุ
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางวรรณภา เสือนาราง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการโทร 081-5961115 E-mail : wannapasua@gmail.com
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ณะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1



แผนงานที่ 6 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ

KPI No.1.06.016	PI 16: ร้านอาหาร แผงลอย ผ่าน GFGT				
คำนิยาม	ร้านอาหาร แผงลอย จำหน่ายอาหารที่จำหน่ายอาหารทั้งหมดในจังหวัดพิจิตร				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ร้านอาหาร แผงลอย ภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	EPS รายไตรมาส /สำรวจ/โปรแกรมแยก/และการประเมินของศูนย์อนามัยที่ 8/สสจ.				
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./PCU/รพ. ทุกแห่ง				
รายการข้อมูล	A = จำนวนร้านอาหาร และแผงลอยที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน CFGT B = จำนวนร้านอาหารและแผงลอยทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2558- สิงหาคม 2559				
เกณฑ์การให้คะแนน	1	2	3	4	5
	≥ 70	≥ 75	≥ 80	≥ 85	≥ 90 ขึ้นไป
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางธนอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร				



KPI No.1.06.017	PI 17: ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ				
คำนิยาม	ตลาดประเภทที่ 1 หมายถึงสถานที่ซึ่งปกติจัดไว้ให้ผู้ค้า ใช้เป็นที่ชุมนุมเพื่อจำหน่ายสินค้า ประเภท สัตว์ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หรืออาหาร อันมีสภาพเป็นของสด ประกอบ หรือปรุงแล้ว หรือของเสียง่าย ทั้งนี้ ไม่ว่าจะมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอื่นด้วย หรือไม่ก็ตาม และหมายความรวมถึงบริเวณซึ่งจัดไว้ สำหรับให้ผู้ค้าใช้เป็นที่ชุมนุม เพื่อจำหน่ายสินค้าประเภทดังกล่าว เป็นประจำ หรือเป็นครั้งคราว หรือ ตามวันกำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ตลาดสดที่สมัครเข้าร่วมการประเมินผ่านเกณฑ์พื้นฐานทั้งหมด				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีตลาดประเภทที่ 1 ที่สมัครเข้ารับการประเมินในจังหวัดพิจิตร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการประเมินตนเอง /โปรแกรมแยก/การประเมินของศูนย์อนามัยที่ 8/สสจ.				
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./PCU/รพ./สสอ.				
รายการข้อมูล	A = จำนวนตลาดประเภทที่ 1 ที่ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ B = จำนวนตลาดประเภทที่ 1 ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สรุปจากแบบประเมิน และผลจากการออกประเมินทุกแห่ง				
ระยะเวลา ประเมินผล	ตุลาคม 2558 – สิงหาคม 2559				
เกณฑ์การให้ คะแนน	1	2	3	4	5
	ไม่ผ่าน		คงสภาพ		ยกระดับ
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม				
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางถนอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร				

KPI No.1.06.018	PI 18 ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน้ำซึ้อ				
คำนิยาม	ตลาดประเภทที่ 2 หมายถึง ตลาดที่มีการกำหนดวันเปิดซื้อขายเป็นบางวันหรือบางเวลา ปกติแล้วจะมีลักษณะเป็นตลาดสดซึ่งขายอาหารสดเป็นหลัก ในวันที่มีตลาดนัดจะมีผู้คนที่คึกคักทั้งผู้ซื้อและผู้ขาย สินค้าอาจวางขายกับพื้นหรือวางบนโต๊ะหรือแผงที่สร้างขึ้นอย่างหยาบๆ นอกจากนี้ยังมีรถกระบะวางขายสินค้าเบ็ดเตล็ดจำพวกของใช้ในครัวเรือนวางขายด้วย มักมีการขายอาหารปรุงเสร็จและขนมสำหรับผู้จับจ่ายซื้อขายในตลาดนัดด้วย				
เกณฑ์เป้าหมาย	ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน้ำซึ้อ ร้อยละ 80				
กลุ่มเป้าหมาย	ตลาดประเภทที่ 2 ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน ประเมินตนเอง , ประเมินโดย สสจ./ศูนย์อนามัยที่ 8 , EPS รายไตรมาส/สำรวจ/โปรแกรมแยก				
แหล่งข้อมูล	แบบประเมิน				
รายการข้อมูล	A = ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดน้ำซึ้อ B = ตลาดประเภทที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	ส่งแบบรายงานให้ สสจ.พิจิตร ภายในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ และออกสู่มประเมิน ช่วงเดือน มีนาคม 2559- สิงหาคม 2559				
เกณฑ์การให้คะแนน	1	2	3	4	5
	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ประสานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางณอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร				

KPI No.1.06.019	PI 19: มีส่วนร่วมสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีส่วนร่วมสาธารณะ HAS
คำนิยาม	<p>มีส่วนร่วมสาธารณะ หมายถึง ห้องส่วนในที่สาธารณะหรือสถานประกอบการหรือสถานบริการที่จัดเตรียมไว้ให้ประชาชนทั่วไปใช้บริการ</p> <p>มีส่วนร่วมสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีส่วนร่วมสาธารณะ HAS หมายถึง ร่วมสาธารณะไทยให้บรรลุ 4 เรื่อง คือ สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย ได้มาตรฐานจำนวน 16 ข้อ</p> <p>สถานบริการสาธารณะ หมายถึง สถานที่ จำนวน 13 ประเภทกิจการ (SETTING) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แหล่งท่องเที่ยว หมายถึง แหล่งท่องเที่ยว 100 อันดับแรกของ ททท. ที่มีประชาชนใช้มากที่สุด และอุทยานของกรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่าและพันธุ์พืช 2. ร้านอาหาร หมายถึง ร้านอาหารที่ผ่านมาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (CFGT) : ซึ่งพื้นที่ตั้งแต่ 200 ตารางเมตรขึ้นไป 3. ตลาดสด หมายถึง ตลาดกลุ่มเป้าหมายของโครงการตลาดสดน่าซื้อ 4. สถานีขนส่งทางบก และสถานีขนส่งทางอากาศ หมายถึง <ul style="list-style-type: none"> - สถานีขนส่งทางบก หมายถึง สถานีขนส่งของกรมการขนส่งทางบก บริษัทขนส่ง (บขส.) และสถานีรถไฟ - สถานีขนส่งทางอากาศ หมายถึง สถานีขนส่งทางอากาศท่าอากาศยาน ในสังกัดของกรมการขนส่ง ทางอากาศและ การท่าอากาศยาน แห่งประเทศไทย 5. โรงเรียน หมายถึง โรงเรียนในสังกัด สพฐ. 6. สวนสาธารณะ หมายถึง สวนสาธารณะที่มีส่วนร่วมสาธารณะบริการ 7. สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง หมายถึง สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงทั้งหมด 8. สถานที่ราชการ หมายถึง ศาลากลาง ที่ว่าการอำเภอ เทศบาล สสอ. อบต. ฯลฯ 9. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 10. ศาสนสถาน หมายถึง วัดศาสนพุทฺธ / ศาสนสถานศาสนาอื่น ๆ 11. มีส่วนร่วมสาธารณะริมทาง หมายถึง ส่วนในพื้นที่สาธารณะที่อยู่ในความรับผิดชอบของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกประเภท เช่น เทศบาล อบต. 12. ห้างสรรพสินค้า / ศูนย์การค้า / ดิสเคานต์สโตร์ 13. สถานีอนามัย และ รพ.สต.
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผ่านเกณฑ์มีส่วนร่วมสาธารณะมาตรฐาน HAS ร้อยละ 100 2. อำเภอที่มีจำนวนมีส่วนร่วมสาธารณะมาตรฐาน HAS ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50 มีผลการดำเนินการเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 3. อำเภอที่มีจำนวนมีส่วนร่วมสาธารณะมาตรฐาน HAS ผ่านเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 50 มีผลการดำเนินการเพิ่มขึ้นร้อยละ 10
กลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสาธารณะ ทั้ง 13 ประเภทกิจการ

KPI No.1.06.019	PI 19: สัมผัสสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐานสัมผัสสาธารณะ HAS (ต่อ)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากรายงาน EPS รายไตรมาส/สำรวจ/โปรแกรมแยก 2. จากการสุ่มประเมิน					
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./รพ./สสอ./สสจ.					
รายการข้อมูล	A = สถานบริการสาธารณสุขทั้ง 13 ประเภทกิจการ ที่ผ่านเกณฑ์สัมผัสสาธารณะมาตรฐาน HAS B = สถานบริการสาธารณสุขทั้ง 13 ประเภทกิจการ ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2558 – สิงหาคม 2559					
เกณฑ์การให้คะแนน/ระดับการวัด		1	2	3	4	5
	สถานบริการสาธารณสุข	80	85	90	95	100
	ผลงานปี 2558 มากกว่าร้อยละ 50 เพิ่มร้อยละ 5	1	2	3	4	5
	ผลงานปี 2558 น้อยกว่าร้อยละ 50 เพิ่มร้อยละ 10	2	4	6	8	10
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ประสานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางณอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร					



KPI No.1.06.020	PI 20: ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ (คุณภาพ/อ่อนหวาน/ปลอดภัย)										
คำนิยาม	<p>ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (ไม่รวมโรงเรียนอนุบาลของรัฐสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและโรงเรียนอนุบาลเอกชน)โดยมีกระบวนการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน 6 ด้าน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านบุคลากรมีความรู้และการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี 2) ด้านการเจริญเติบโตของร่างกายการดูแลสุขภาพช่องปาก การจัดอาหารมื้อหลักมีคุณค่าทางโภชนาการและอาหารเสริมตามวัยสะอาดถูกหลักสุขาภิบาล 3) ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัยตามเกณฑ์อายุโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก 4) ด้านการจัดสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์เด็กเล็กสะอาด ปลอดภัย 5) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในศูนย์เด็กเล็ก เช่น โรค มือ เท้า ปาก 6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง <p>พร้อมทั้งบรรลุด้านผลลัพธ์ 4 ข้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เด็กมีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85) 2. เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) 3. เด็กมีฟันน้ำนมผุ (ไม่เกินร้อยละ 57) 4. เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข เพื่อประเมินและแก้ไขพัฒนาการ (ร้อยละ 100) 										
เกณฑ์เป้าหมาย	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 60										
กลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตนเอง/รายงาน EPS รายไตรมาส/โปรแกรมแยก/สุ่มประเมิน										
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./รพ.										
รายการข้อมูล	A = ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก B = ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2558 – สิงหาคม 2559										
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	50	55	60	65	70
1	2	3	4	5							
50	55	60	65	70							
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.										
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139										
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางณอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร										

KPI No.1.06.021	PI 21 : สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจ เป็นสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน				
คำนิยาม	<p>สถานประกอบการ หมายถึง โรงงาน หรือรัฐวิสาหกิจชุมชน ที่เข้ารับการประเมินตามองค์ประกอบ</p> <p>1.การสนับสนุนขององค์กร การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานการใส่ใจต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมระหว่างองค์กรและชุมชน</p> <p>2.ปลอดโรค ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>3.ปลอดภัย ประกอบด้วย การบันทึกอุบัติเหตุจากการทำงาน/อาคาร/ร้านอาหาร/ห้องน้ำ+ห้องส้วม+อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ</p> <p>4.ภายในใจเป็นสุข ประกอบด้วย กิจกรรมนันทนาการ/สุขภาพจิต</p> <p>การประเมินมี 3 ระดับ ระดับมาตรฐาน ได้คะแนน 60-79 % ระดับดี ได้คะแนน 80-89 % ระดับดีเด่น ได้คะแนนตั้งแต่ 90 % ขึ้นไป</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอละอย่างน้อย 1 แห่ง				
กลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการประเภทโรงงาน หรือรัฐวิสาหกิจ(OTOP)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมิน(ให้โรงงานหรือรัฐวิสาหกิจ(OTOP) ที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯตอบแบบประเมิน (144 ข้อ)และให้อำเภอ/ตำบล รวบรวมจัดส่งให้ จังหวัด/โปรแกรมแยก				
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินตนเอง/ประเมินโดยทีมจากศูนย์เขต				
ระยะเวลาประเมินผล	ตค. 2558 – สค.2559				
เกณฑ์การให้คะแนน	1	2	3	4	5
	สมัครเข้าร่วมโครงการและไม่ได้รับการประเมิน	สมัครเข้าร่วมโครงการและส่งแบบประเมินตนเอง	ได้รับการประเมินผ่านระดับมาตรฐาน	ได้รับการประเมินผ่านระดับดี	ได้รับการประเมินผ่านระดับดีเด่น
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางถนอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร				

KPI No.1.06.022	PI 22 : สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงานและการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ได้รับการยกระดับมาตรฐาน																																						
คำนิยาม	1.สถานที่ทำงานที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนทำงานทุกคนรวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความสบายใจในการทำงานภายใต้เกณฑ์ "สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีชีวิตชีวา" โดยมีแนวทางในการดำเนินงาน "สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน" 2.การดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพบุคลากรให้มีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารจัดการ 2) การดำเนินการประเมิน และควบคุมความเสี่ยง 3) การประเมินผล																																						
เกณฑ์เป้าหมาย	1.ทุกหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดพิจิตรผ่านเกณฑ์สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ระดับพื้นฐาน 2. เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล มี 5ระดับ (ระดับที่ 5 สูงสุด)																																						
กลุ่มเป้าหมาย	1.ทุกหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดพิจิตร 2. โรงพยาบาลทุกแห่ง																																						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แบบประเมิน และออกสู่มประเมิน โดยคณะกรรมการสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน จังหวัดพิจิตร 2. แบบรายงานการประเมินตนเอง และประเมินโดยทีมประเมินระดับเขตร่วมกับจังหวัด/โปรแกรมแยก																																						
แหล่งข้อมูล	1. แบบประเมิน และผลสรุปการออกสู่มประเมิน โดยคณะกรรมการสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน จังหวัดพิจิตร 2. แบบรายงานการประเมินตนเอง																																						
รายการข้อมูล	A = ผลการประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน B = ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากร																																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A + B																																						
ระยะเวลาประเมินผล	ส่งแบบรายงานให้ สสจ.พิจิตร ภายในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ และออกสู่มประเมิน ช่วงเดือน มีนาคม 2559 – สิงหาคม 2559																																						
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">คะแนนสถานที่ทำงาน น่าอยู่น่าทำงาน</td> <td style="width:10%;">1</td> <td style="width:10%;">2</td> <td style="width:10%;">3</td> <td style="width:10%;">4</td> <td style="width:10%;">5</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">รพ</td> <td style="text-align:center;">พื้นฐาน</td> <td></td> <td style="text-align:center;">ดี</td> <td></td> <td style="text-align:center;">ดีมาก</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">สสอ</td> <td style="text-align:center;">พื้นฐาน</td> <td></td> <td style="text-align:center;">ดี</td> <td></td> <td style="text-align:center;">ดีมาก</td> <td></td> </tr> </table> <p>การประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">ระดับ</td> <td style="width:10%;">1</td> <td style="width:10%;">2</td> <td style="width:10%;">3</td> <td style="width:10%;">4</td> <td style="width:10%;">5</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">5</td> </tr> </table>						คะแนนสถานที่ทำงาน น่าอยู่น่าทำงาน	1	2	3	4	5		รพ	พื้นฐาน		ดี		ดีมาก		สสอ	พื้นฐาน		ดี		ดีมาก		ระดับ	1	2	3	4	5	คะแนน	1	2	3	4	5
คะแนนสถานที่ทำงาน น่าอยู่น่าทำงาน	1	2	3	4	5																																		
รพ	พื้นฐาน		ดี		ดีมาก																																		
สสอ	พื้นฐาน		ดี		ดีมาก																																		
ระดับ	1	2	3	4	5																																		
คะแนน	1	2	3	4	5																																		
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.																																						
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม																																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139																																						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางณอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร																																						

KPI No.1.06.023	PI 23 : อำเภอมีระบบการดูแลสุขภาพประชาชนและเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง(เหมืองแร่ โรงไฟฟ้าชีวมวล และโรงสีข้าวด้วยเครื่องจักร เป็นต้น)					
คำนิยาม	<p>1.ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) หมายถึง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคและการเจ็บป่วย การรักษาอาการผิดปกติและการเจ็บป่วยของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง(เหมืองแร่ โรงไฟฟ้าชีวมวล และโรงสีข้าวด้วยเครื่องจักร เป็นต้น)</p> <p>2.เฝ้าระวังด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Surveillance) หมายถึง การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายและแนวโน้มของอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพรวมทั้งปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ที่ต้องต้องเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์ข้อมูล แปรผล และเผยแพร่ข้อมูลทั่วไปให้ผู้ที่จำเป็นต้องรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง</p> <p>3.อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมกระบวนการ อธิพิพล และปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านกายภาพ เคมีและชีวภาพที่กระทำหรืออาจกระทำให้เกิดผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และการดำรงชีพอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	มีระบบการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นที่เสี่ยง					
กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ที่มีกิจการดังนี้ (เหมืองแร่,โรงไฟฟ้าชีวมวล และโรงสีข้าวด้วยเครื่องจักร)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน ผลการดำเนินการเฝ้าระวัง/โปรแกรมแยก					
แหล่งข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน					
รายการข้อมูล	A = จำนวนสถานบริการที่มีการดำเนินงานดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม B = จำนวนสถานบริการเป้าหมายทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100)/B$					
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2558 – สิงหาคม 2559					
เกณฑ์การให้คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	มี แผนงาน/โครงการพัฒนา ระบบดูแลสุขภาพ และเฝ้าระวังสุขภาพ และอนามัย สิ่งแวดล้อมพร้อม งบประมาณ สนับสนุนการ ดำเนินงาน	มี การดำเนินงาน ตามแผนงาน/โครงการ ฯ ได้ครบ ตามที่กำหนดไว้ใน แผนงาน/โครงการ	มี สถานบริการ เป้าหมายที่มีการ ดำเนินงานตามระบบ ดูแลสุขภาพเฝ้าระวัง สุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อมร้อยละ 100 ของสถานบริการ ทั้งหมด	มี สถานบริการ เป้าหมายทั้งหมด ดำเนินงานฯและ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลตามนิยามระบบ ดูแลสุขภาพและเฝ้า ระวังสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม	มี สถานบริการ เป้าหมายทั้งหมด ดำเนินงานฯและ วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ตามนิยามระบบ ดูแลสุขภาพและ เฝ้าระวังสุขภาพ และอนามัย สิ่งแวดล้อมแล้วส่ง มอบข้อมูลให้ ผู้เกี่ยวข้อง	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ประสานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางณอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร					

KPI No.1.06.024	PI 24: รพ.รัฐ,รพ.สต.สถานพยาบาลเอกชน,คลินิกสัตว์มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผ่านเกณฑ์มาตรฐาน				
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรพ.สต.สถานพยาบาลเอกชน,คลินิกสัตว์มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อหมายถึงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรพ.สต.สถานพยาบาลเอกชน,คลินิกสัตว์มีการดำเนินงานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกสุ่มลักษณะ</p> <p>“ มูลฝอยติดเชื้อ ” หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ซึ่งเกิดขึ้นหรือใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรค/รักษาพยาบาล/ให้ภูมิคุ้มกัน/ชั้นสูตรศพซากสัตว์ /ทดลองวิจัยเกี่ยวกับโรคได้แก่ซาก/ชิ้นส่วนของมนุษย์/สัตว์วัสดุของมีคม/วัสดุซึ่งสัมผัสเลือดสารน้ำจากร่างกายเช่นมีดหลอดฟ้กก้อสสาลีท่อสไลด์ กระจกเป็นต้นและมูลฝอยทุกชนิดที่ออกจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง</p> <p>มาตรฐาน หมายถึง มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเป็นไปตามกฎหมาย (การรวบรวม การขนส่งการจัด)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100				
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรพ.สต.สถานพยาบาลเอกชน,คลินิกสัตว์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ/โปรแกรมแยก				
แหล่งข้อมูล	รพท./รพช./รพ.สต./สสอ.				
รายการข้อมูล	<p>A = โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรพ.สต.สถานพยาบาลเอกชน,คลินิกสัตว์มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>B = โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรพ.สต.สถานพยาบาลเอกชน,คลินิกสัตว์ ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ</p>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2558 – สิงหาคม 2559				
เกณฑ์การให้คะแนน	1	2	3	4	5
	80	85	90	95	100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	<p>กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร</p> <p>โทร 056 990 354 ต่อ 139</p>				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางณอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร				

KPI No.1.06.025	PI 25 : อปท.จัดทำ/ปรับปรุงข้อกำหนด				
คำนิยาม	<p>1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง เทศบาลเมือง(ทม.) เทศบาลตำบล(ตต.)และองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติเทศบาล พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล</p> <p>2.ข้อกำหนดท้องถิ่น หมายถึง ข้อกำหนดที่ท้องถิ่นได้บัญญัติขึ้นตามที่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ให้อำนาจแก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย</p> <p>2.1 การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย</p> <p>2.2 การควบคุมการเลี้ยงและปล่อยสัตว์</p> <p>2.3 กิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ</p> <p>2.4 ตลาด สถานที่จำหน่ายและสะสมอาหาร</p> <p>2.5 การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดทำ/แก้ไขข้อกำหนด อย่างน้อย 1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ				
กลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดพิจิตร ได้แก่ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการออกข้อกำหนด/โปรแกรมแยก				
แหล่งข้อมูล	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดพิจิตร ทุกแห่ง				
รายการข้อมูล	A = องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดพิจิตรที่มีการออก/แก้ไขข้อกำหนด B = องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2558-สิงหาคม2559				
เกณฑ์การให้คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	1.เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอมีฐานข้อมูลการจัดทำ/แก้ไขข้อกำหนดท้องถิ่นที่เป็นปัจจุบัน	มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งความจำนงจัดทำ/แก้ไขข้อกำหนด 1 แห่ง	มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำ/แก้ไขข้อกำหนด 1 แห่ง	มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งความจำนงจัดทำ/แก้ไขข้อกำหนดร้อยละ50	มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งความจำนงจัดทำ/แก้ไขข้อกำหนดร้อยละ 70
	2.มีการประสานงานทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนดท้องถิ่นตาม พ.ร.บ การสาธารณสุข พ.ศ. 2535				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./รพ.สต./สสอ.				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ประสานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางถนอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร				

KPI No.1.06.026	PI 26 : อปท. ผ่านเกณฑ์รับรอง EHA
คำนิยาม	<p>1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง เทศบาลเมือง(ทม.) เทศบาลตำบล(ทต.)และองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติเทศบาล พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล</p> <p>2.ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ระบบการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้มาตรฐานงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550 ที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน</p> <p>3.อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมกระบวนการ อิทธิพล และปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพที่กระทำหรืออาจกระทำให้เกิดผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ และการดำรงชีพอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การสุขาภิบาลอาหาร (EHA 1001-1003) ● การควบคุมน้ำบริโภค(EHA 2001-2003) ● การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย(EHA 3001-3002 และ EHA 4001,4003) ● การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ(EHA 4002) ● การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ(EHA 5000) ● การจัดการเหตุรำคาญ(EHA 6000) ● การจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ(EHA 7000) ● การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ(EHA 8000) ● การบังคับใช้กฎหมาย(EHA 9001-1005) <p>4.การพัฒนาคุณภาพระบบบริการบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม(Environmental Health Quality Service System) หมายถึง กระบวนการพัฒนาให้เกิด ระบบคุณภาพของระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5.การประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA ; Environment Health Accreditation) หมายถึงการรับรองมาตรฐานคุณภาพของระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดบริการให้กับประชาชน โดยผ่านการประเมินรับรองจากผู้ประเมิน ในระดับจังหวัด หรือศูนย์อนามัย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อบต./ทม./ทต.)ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA ; Environment Health Accreditation)1 ระบบขึ้นไป ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด(ที่ระดับความสำเร็จ 3 คะแนน)
กลุ่มเป้าหมาย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ทม. ทต.และ อบต.) ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 101 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน ผลการประเมินรับรองคุณภาพจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์/โปรแกรมแยก
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./PCU/รพ./สสอ.
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่าง 1 ระบบ</p> <p>B = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด</p>

KPI No.1.06.026	PI 26 : อปท. ผ่านเกณฑ์รับรอง EHA (ต่อ)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A x 100)/B				
ระยะเวลา ประเมินผล	ตุลาคม 2558 – สิงหาคม 2559				
เกณฑ์การให้ คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	มี อปท.สมัครขอรับ การประเมินรับรอง อย่างน้อย 1 ระบบ ร้อยละ 50 ของ อปท. ทั้งหมด	มี อปท.สมัครขอรับ การประเมินรับรอง อย่างน้อย 1 ระบบ ร้อยละ 75ของ อปท. ทั้งหมด	มี อปท.ผ่านการ ประเมินรับรอง อย่างน้อย 1 ระบบ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของ อปท.ทั้งหมด	มี อปท.ผ่านการ ประเมินรับรองอย่าง น้อย 1 ระบบ เพิ่มขึ้น ร้อยละ75ของ อปท. ทั้งหมด หรือผ่านการ ประเมินรับรอง 2 ระบบเพิ่มขึ้นร้อยละ 50ของ อปท.ทั้งหมด	มี อปท.ผ่านการ ประเมินรับรองอย่าง น้อย 1 ระบบ เพิ่มขึ้น ร้อยละ80ของ อปท. ทั้งหมด หรือผ่านการ ประเมินรับรอง 3 ระบบเพิ่มขึ้นร้อยละ 50ของ อปท.ทั้งหมด
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM สิ่งแวดล้อม				
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอาชีพเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร โทร 056 990 354 ต่อ 139				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางถนอมวงศ์ หาญมนตรี หัวหน้ากลุ่มงานอาชีพเวชศาสตร์ฯ สสจ.พิจิตร				

แผนงานที่ 7 คุ่มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

KPI No.1.07.027	PI 27 : ร้อยละของเครื่องสำอางที่จำหน่ายเป็นเครื่องสำอางที่ถูกต้อง					
คำนิยาม	<p>“ เครื่องสำอางที่ถูกต้อง ” หมายถึง</p> <p>1.1 ไม่เป็นเครื่องสำอางที่ผสมสารห้ามใช้ ตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีการประกาศผลการตรวจสอบ และจัดทำเอกสาร แผ่นพับเผยแพร่แล้ว</p> <p>1.2 ไม่เป็นเครื่องสำอางที่มีรายชื่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องกำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย ลงวันที่ 31 มีนาคม 2552 และ 16 ตุลาคม 2552 จำนวน 34 รายการ</p> <p>1.3 เครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทยครบถ้วนถูกต้อง</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ร้านจำหน่ายเครื่องสำอางในจังหวัดพิจิตร					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจร้านจำหน่ายเครื่องสำอางในจังหวัดพิจิตร โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับแผ่นพับที่ อย.พิมพ์เผยแพร่ โดย <ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมจำนวนเครื่องสำอางทั้งหมดที่สำรวจในจังหวัด 2. รวบรวมจำนวนเครื่องสำอางที่ตรงตามชื่อและภาพในเอกสารแผ่นพับที่ อย.พิมพ์ เผยแพร่ และเครื่องสำอางตามรายชื่อเครื่องสำอางที่มีประกาศฯ ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย และเครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทยไม่ครบถ้วนถูกต้องหรือไม่มีฉลากภาษาไทย 					
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนเครื่องสำอางที่สำรวจทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>B = จำนวนเครื่องสำอางที่ตรงตามชื่อและภาพในเอกสารแผ่นพับที่ อย. พิมพ์เผยแพร่และเครื่องสำอางตามรายชื่อเครื่องสำอางที่มีประกาศฯ ห้ามผลิต นำเข้า หรือขายและเครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทยไม่ครบถ้วนถูกต้องหรือไม่มีฉลากภาษาไทย</p>					
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A-B) / A \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน					
	1	2	3	4	5	
	ร้อยละของเครื่องสำอางที่จำหน่ายเป็น เครื่องสำอางที่ถูกต้อง	40	50	60	70	80
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 เดือน					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คุ่มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางสาวรমন สุกุลวิวรรณ โทร 056 990 354					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ณะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

KPI No.1.07.028	PI 28 : ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์การตรวจตามกฎหมาย									
คำนิยาม	ร้อยละสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหาร ได้แก่ PI-28.1 ร้อยละของสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานที่กำหนด PI-28.2 ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย GMP, Primary GMP และ GMP น้ำดื่ม ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินสถานที่ ตามที่กฎหมายกำหนด PI-28.3 ร้อยละตัวอย่างที่ส่งตรวจสารพิษตกค้างยาฆ่าแมลงผ่านมาตรฐานปลอดภัย (ผล mobile unit)									
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 3-5									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารจากสถานที่ผลิตภายในจังหวัด									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	MIS-Key-IN									
แหล่งข้อมูล	คปสอ./PM7									
รายการข้อมูล	S (Wi x SMi) x100 5									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รหัสตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด (i)	น้ำหนัก (Wi)	เกณฑ์					sm i	(Wi x SMi)
				1	2	3	4	5		
	PI-28	ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์การตรวจตามกฎหมาย								
	PI-28.1	ร้อยละของสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานที่กำหนด	0.25	50	55	60	70	80		
	PI-28.2	ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย GMP, Primary GMP และ GMP น้ำดื่ม ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินสถานที่ ตามที่กฎหมายกำหนด	0.5	50	55	60	70	80		
PI-28.3	ร้อยละตัวอย่างที่ส่งตรวจสารพิษตกค้างยาฆ่าแมลงผ่านมาตรฐานปลอดภัย (ผล mobile unit)	0.25	60	70	80	90	0			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	คปสอ.									
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน									
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คຸ້ມครອງผู้บริโศคด้านสาธารณสุข									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางสาวลวดาว มากทรัพย์ตำแหน่ง เกสัซกรปฏิบัติการ นางสาวชฎาภรณ์ บรรเจิดศิลป์ตำแหน่ง เกสัซกรปฏิบัติการ นางสาวจารุณันท์ บัวดีตำแหน่ง เกสัซกรปฏิบัติการ นายรพีพงศ์ สีสหวิโรจน์ ตำแหน่ง เกสัซกรชำนาญการ โทร 056 990 354									
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1									

KPI No.1.07.028.1	PI-28.1 ร้อยละของสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำแข็ง ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานที่กำหนด					
คำนิยาม	<p>1. น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท คือ ผลิตภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ. 2545 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ฉบับที่ 135 พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 256 พ.ศ. 2545 ฉบับที่ 284 พ.ศ. 2547 และฉบับที่ 316 พ.ศ.2553</p> <p>2. น้ำแข็ง คือ ผลิตภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 พ.ศ. 2527 เรื่องน้ำแข็ง ฉบับที่ 137 พ.ศ. 2534 ฉบับที่ 254 พ.ศ. 2545 และฉบับที่ 285 พ.ศ. 2547</p> <p>ทั้งนี้สถานที่ต้องมีการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP ที่กำหนด โดยแบ่งเป็น</p> <p>1. น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 220 พ.ศ. 2544 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3) โดยใช้แบบตรวจประเมิน ตส.3(50)</p> <p>2. น้ำแข็ง ต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 พ.ศ.2545 เรื่อง วิธีการผลิตเครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาอาหาร โดยใช้แบบตรวจประเมิน ตส.1(51)</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์น้ำดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ณ สถานที่ผลิต					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ตามเกณฑ์ GMP ทุกแห่ง ปีละ 1 ครั้งผ่านเกณฑ์การประเมินทุกหมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60</p> <p>2. เก็บตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ณ แหล่งผลิตทุกแห่ง ครอบคลุมร้อยละ 100</p> <p>- ปริมาณ ตัวอย่าง : น้ำบริโภคฯ ถัง ขนาด 20 ลิตร (อย่างน้อย 1 ถัง) ,ขวด ขนาด 600 มิลลิลิตร (12 ขวด) ,น้ำแข็ง ขนาด 1 กิโลกรัม (4 ถุง)</p> <p>ข้อควรระวัง อย่าให้ถุงบรรจุน้ำแข็งรั่ว เนื่องจากต้องวิเคราะห์ทางจุลินทรีย์</p> <p>3. ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข</p>					
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
รายการข้อมูล	A = จำนวนตัวอย่างของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งที่ได้รับการ เก็บตัวอย่าง B = จำนวนตัวอย่างของน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	50	55	60	70	80
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางสาวลลิตา มากทรัพย์ นายรพีพงศ์ ลีหวิโรจน์ ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ โทร 056 990 354					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

KPI No.1.07.028.2	PI-28.2 ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย GMP, Primary GMP และ GMP น้ำดื่ม ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินสถานที่ ตามที่กฎหมายกำหนด					
คำนิยาม	<p>-สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย GMP คือ สถานที่ผลิตอาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 พ.ศ.2543 เรื่องวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร และ ฉบับที่ 239 พ.ศ.2544 เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 พ.ศ.2543</p> <p>-สถานที่ผลิตอาหารเข้าข่าย Primary GMP คือ สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 342 พ.ศ.2555 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย</p> <p>-สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย GMP น้ำดื่ม คือ สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 220) พ.ศ.2544เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3)</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่อาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMP, Primary GMP น้ำดื่ม โดยต้องได้คะแนนในทุกหมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60</p> <p>-สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย GMP ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 พ.ศ.2543 เรื่องวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร และ ฉบับที่ 239 พ.ศ.2544 เรื่องแก้ไขเพิ่มเติมประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 พ.ศ.2543</p> <p>- สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 342 พ.ศ.2555 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย</p> <p>- สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 220) พ.ศ.2544เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3)</p> <p>- ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 367 พ.ศ.2557 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ</p>					
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
รายการข้อมูล	A = จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน					
A ตัวตั้ง/ B ตัวหาร	B = จำนวนสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับตรวจทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	50	55	60	70	80
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประธานตัวชี้วัด	นางสาวลบลดาว มากทรัพย์ นายรพีพงศ์ ลีฬหวิโรจน์ ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ โทร 056 990 354					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ณะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

KPI No.1.07.028.3	PI-28.3 : ร้อยละตัวอย่างที่ส่งตรวจสารพิษตกค้างยาฆ่าแมลงผ่านมาตรฐานปลอดภัย (ผล mobile unit)					
คำนิยาม	สารพิษตกค้าง หมายถึง วัตถุอันตรายทางการเกษตร รวมทั้งอนุพันธ์ของสารดังกล่าว ได้แก่ สารในกระบวนการเปลี่ยนแปลง สารในกระบวนการสร้างและสลาย สารที่เกิดปฏิกิริยา หรือสิ่งปลอมปนในวัตถุอันตรายทางการเกษตรที่มีความเป็นพิษซึ่งปนเปื้อนหรือตกค้างในอาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 288 พ.ศ. 2554 เรื่องอาหารที่มีสารพิษตกค้าง					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า 3,500 ตัวอย่าง					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผัก 7 ชนิด ได้แก่ คะน้า กวางตุ้ง แดงกวาง ถั่วฝักยาว พริกแดง กะหล่ำปลี และผักพื้นบ้าน 1 ชนิด ที่จำหน่าย ณ ตลาดสด, ร้านอาหาร, ตลาดนัด ทุกตำบลและอำเภอ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บตัวอย่างผัก 7 ชนิด ตามเป้าหมาย 3,500 ตัวอย่าง (ทั้งจังหวัด) โดย Mobile Unit จะดำเนินการร่วมเก็บตัวอย่าง พร้อมตามแผนที่จังหวัดกำหนด					
แหล่งข้อมูล	หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง/ B ตัวหาร	A = จำนวนตัวอย่างที่ผ่านมาตรฐานปลอดภัย B = จำนวนตัวอย่างที่เก็บทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	60	70	80	90	100
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 6 เดือน					
หน่วยงาน ประมวลผล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางสาวลบลดาว มากทรัพย์ นายพรพิงศ์ สีนหวิโรจน์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร 056 990 354					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

KPI No.1.07.029	PI 29 : ร้อยละของสถานพยาบาลมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
คำนิยาม	<p>“สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน” หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทคลินิก ตามกฎกระทรวง</p> <p>“คลินิกเวชกรรม” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม</p> <p>“คลินิกทันตกรรม” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม</p> <p>“คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง</p> <p>“คลินิกกายภาพบำบัด” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด</p> <p>“คลินิกเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์</p> <p>“คลินิกการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์แล้วแต่กรณี</p> <p>“คลินิกการประกอบโรคศิลปะ” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขานั้นๆ</p> <p>“คลินิกเฉพาะทาง” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเฉพาะทางด้านเวชกรรมหรือทันตกรรมหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และผู้ประกอบวิชาชีพนั้นต้องได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาหรือทันตแพทยสภาหรือสภาการพยาบาลแล้วแต่กรณี</p> <p>“สหคลินิก” หมายความว่า คลินิกที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทันตกรรมการพยาบาล การผดุงครรภ์กายภาพบำบัดเทคนิคการแพทย์การแพทย์แผนไทยการแพทย์แผนไทยประยุกต์และการประกอบโรคศิลปะตั้งแต่สองลักษณะขึ้นไปซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาใดสาขาหนึ่งโดยผู้ดำเนินการต้องเป็นบุคคลที่ผู้อนุญาตประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล</p> <p>กฎกระทรวงฉบับใหม่ 4 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.กฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 2.กฎกระทรวงกำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 3.กฎกระทรวงกำหนดชื่อสถานพยาบาล และการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 4.กฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. 2558

KPI No.1.07.029	PI 29 : ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด						
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร						
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน						
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะทำงานตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตรวจมาตรฐานในด้านที่รับผิดชอบ ตามนโยบายและแนวทางการตรวจของคณะทำงานอำนวยการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และรายงานผลให้คณะอนุกรรมการฯ ทราบ						
แหล่งข้อมูล	คณะทำงานอำนวยการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน						
รายการข้อมูล	A = จำนวนสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกระทรวงใหม่ B = จำนวนสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งหมด						
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$						
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	
	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	60	70	80	90	100	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร						
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน						
หน่วยงานประเมินผล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร						
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวชฎาภรณ์ บรรเจิดศิลป์ นายรพีพงศ์ ลิขหวิโรจน์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร 056 990 354						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1						

KPI No.1.07.030	PI 30 : ร้อยละร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย					
คำนิยาม	- ยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Dextromethorphan/Tramadol/ยากลุ่มแอนติฮิสตามีนสูตรน้ำ 11 ตำรับ - การปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย หมายถึง 1) ไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย/ยาควบคุมพิเศษ ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ 2) ไม่พบข้อบกพร่องด้านการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยง ตามกฎกระทรวง					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 85					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ร้านขายยาที่มีการซื้อ ขายยากลุ่มเสี่ยง 3 รายการ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงาน/แบบบัญชี ข.ย.11					
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
รายการข้อมูล	A = จำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีการซื้อ ขายยากลุ่มเสี่ยง 3 รายการที่ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย B = จำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีการซื้อ ขายยากลุ่มเสี่ยง 3 รายการ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	60	70	80	90	100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางสาวจรรุณันท์ บัวดี นายรพีพงศ์ ลิขหวิโรจน์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร 056 990 354					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

KPI No.1.07.031	PI 31 : ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมในชุมชน						
คำนิยาม	การใช้ยาที่เหมาะสม หมายถึง 1. การไม่ใช้ยาแผนโบราณที่ไม่มีเลขทะเบียนหรือกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง 2. การไม่ใช้ยาสเตียรอยด์ หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจมีการปนเปื้อนสเตียรอยด์โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ชุมชน หมายถึง คริวเรือนที่อยู่ในทุกตำบลของจังหวัดพิจิตร						
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของคริวเรือนที่ใช้ยาเหมาะสม						
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	คริวเรือนในชุมชนทุกตำบลในจังหวัดพิจิตร						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบสำรวจ						
แหล่งข้อมูล	คริวเรือนในชุมชนทุกตำบลในจังหวัดพิจิตร						
รายการข้อมูล	A = คริวเรือนในชุมชนทุกตำบลในจังหวัดพิจิตร B = คริวเรือนในชุมชนที่มีการใช้ยาที่เหมาะสม						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จที่ดำเนินการสำเร็จ						
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	
	ร้อยละ/อัตรา	40	50	60	70	80	
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข						
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 6 เดือน						
หน่วยงาน ประมวลผล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข						
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข						
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ประสานตัวชี้วัด	นางสาวจารุพันธ์ บัวดี นายรพีพงศ์ ลิขหวิโรจน์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทร 056 990 354						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1						

แผนงานที่ 8,9 เครือข่าย ภาควิชา ชุมชน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

KPI No.1.08_9.032	PI 32 :ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (ระดับดีขึ้นไป)
คำอธิบาย/นิยาม	<p>ตำบลจัดการสุขภาพ หมายถึงตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคมรวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (3อ 3ส.) (ตามกลุ่มวัย) และโรควิถีชีวิต 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง</p> <p>ตำบลเป้าหมาย หมายถึง ร้อยละ 100 ของตำบลตามเขตการปกครองในทุกอำเภอ โดยให้เชื่อมโยงกับเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System)</p> <p>มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม แบ่งระดับมาตรฐานเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีองค์ประกอบเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบลจากหลายภาคส่วน 1.2 มีการสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกัน และบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน 1.3 มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพตำบล ในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยแผนที่เดินทางยุทธศาสตร์ หรืออื่นๆ โดยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วมและใช้เกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพประกอบการพัฒนา 1.4 มีการพัฒนาความรู้ อสม. ในเรื่องการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากวิถีชีวิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และหลักสูตรนักจัดการสุขภาพ 2. การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา) <p>(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานครบทุกข้อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล 2.2 มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน และร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบล โครงการและกิจกรรมผู้รับผิดชอบ เพื่อการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการชุมชน

KPI No.1.08_9.032	PI 32 :ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (ระดับดีขึ้นไป)
คำอธิบาย/นิยาม	<p>2.3 มีการระดมทรัพยากร ทุน และภูมิปัญญาท้องถิ่นจากชุมชนมาใช้สนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้</p> <p>2.4 มีการสื่อสารแผนงาน / โครงการ แก่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ</p> <p>3. การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน และระดับพัฒนาครบทุกข้อ)</p> <p>3.1 มีชุมชน / ท้องถิ่นเป็นพลังสำคัญขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบล/โครงการ/กิจกรรม อย่างมีความรู้เป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ</p> <p>3.2 มีกิจกรรมเชิงรุกในหมู่บ้าน/ชุมชน ตามแผนสุขภาพตำบล เช่น การส่งเสริมสุขภาพ (3อ 3ส) (ตามกลุ่มวัย) การเฝ้าระวังโรค/เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต การคัดกรอง การคุ้มครองผู้บริโภค โดยมี อสม. แกนนำชุมชนเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน</p> <p>3.3 มี อสม. นักจัดการสุขภาพที่ได้รับการอบรม และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ 20 ของผู้ได้รับการอบรม</p> <p>3.4 มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างน้อย ร้อยละ 70</p> <p>4. ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ครบทุกข้อ)</p> <p>4.1 มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ใช้ในการติดตามประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าให้ชุมชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>4.2 มีกระบวนการติดตามและควบคุมกำกับ การบริหารจัดการ การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>4.3 มีการสรุปประเมินผล เพื่อปรับปรุงกระบวนการ/กิจกรรม/โครงการ</p> <p>4.4 มีผลลัพธ์ของการพัฒนา เช่น มีมาตรการทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม</p> <p>5. ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม) (ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดีและระดับดีมากครบทุกข้อ)</p> <p>5.1 มีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครู หรือวิทยากรกระบวนการ วิทยากรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>5.2 มีการสรุปทบทวนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ</p>

KPI No.1.08_9.032	PI 32 : ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (ระดับดีขึ้นไป)					
คำอธิบาย/นิยาม	5.3 มีการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้สุขภาพชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรมการสุขภาพชุมชน/โรงเรียน อสม. ที่มีหลักสูตรเป็นไปตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน 5.4 มีการสร้างเครือข่ายเรียนรู้การพัฒนา ระหว่างชุมชน/ตำบลอื่นๆอย่างกว้างขวาง					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมาย ปี 2559 จำนวน 89 ตำบล					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพ จากโปรแกรมตำบลจัดการสุขภาพ เว็บไซต์ www.thaiphc.net					
แหล่งข้อมูล	รพ.สต.ในตำบลเป้าหมาย, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
รายการข้อมูล	A : จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้นไป ปี ๒๕๕๙ B : จำนวนตำบลเป้าหมายในปี ๒๕๕๙					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (ระดับดีขึ้นไป) ร้อยละ 80	< 60	61-70	71-80	81-90	>90
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.ทุกแห่ง ในตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมาย ปี 2559					
ระยะเวลาการประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2559)					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM เครือข่ายภาคีชุมชน PM การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (089-7052428) นางสาวบุญช่วย จุลบุตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-0401225)					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุทธยา ฝะอบเหล็ก ประธานยุทธศาสตร์ที่ 1					

ตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมายจังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2559													
ปี พ.ศ.2555			ปี พ.ศ.2556				ปี พ.ศ.2557				ปี พ.ศ.2558		
-			-				36 ตำบล				55 ตำบล		
ข้อมูล	จังหวัด	ม.	วพ.	พช.	ตพ.	บน.	พล.	สง.	ทค.	สล.	บร.	ดร.	วช.
Baseline57	75.00	66	33	66	100	66	100	66	33	100	100	66	100
Baseline58													
เป้าหมาย59	80.00	(16ตำบล)	(4)	(7)	(13)	(10)	(11)	(5)	(4)	(5)	(5)	(5)	(4)



Template ยุทธศาสตร์ที่ 2 บูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อพัฒนาระบบบริการ
(1⁰,2⁰,3⁰) (ป่วย,พิการ,OP+p1,p2,IP,S,M2+F2+F3) (คุณภาพและคุณธรรม)

แผนงานที่ 1 มะเร็ง

KPI No.2.01.036	PI : 36 อัตราตายด้วยมะเร็งเต้านม ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	หมายถึง จำนวนสตรีที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม รหัส (ICD-10=C50-C509)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา (ต่อพันสตรีอายุ30-70ปี)												
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สตรีที่เสียชีวิตและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (ICD-10=C50-C509)												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรสตรีอายุ 30-70 ปี												
สูตรการคำนวณ	$A/B*1000$												
ระยะเวลา ประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	0.21			0.18			0.22			0.11			
ผลการการ ดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	0.29	0.17	0.33	0.08	0.15	0	0.17	0.23	0.31	0.42	0.08	0.25	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5							
	ผลการดำเนินงาน	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป							
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวชุตินา อินหัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-9734970)												

KPI No.2.01.037	PI : 37 อัตราตายด้วยมะเร็งปากมดลูก ลดลงจากปีที่ผ่านมา											
คำอธิบาย/นิยาม	หมายถึง จำนวนสตรีที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก รหัส (ICD-10 =C53-539)											
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา (ต่อพันสตรีอายุ 30-60ปี)											
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สตรีที่เสียชีวิตและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก (ICD-10 =C53-539)											
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์											
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ICD-10 =C53-539)											
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี											
สูตรการคำนวณ	$A/B*1000$											
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง											
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.											
	ปีพ.ศ.2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558		
	0.12			0.09			0.14			0.06		
ผลการการ ดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร
	0.22	0.17	0.09	0.12	0.09	0	0	0.09	0.18	0.14	0.61	0.27
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1		2		3		4		5		
	ผลการดำเนินงาน	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป		
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวชุตติมา อินหัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-9734970)											

KPI No.2.01.038	PI : 38 อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ และ ท่อน้ำดีในตับ (ตามรหัส ICD-C22-C229 ,C24-C249)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยตาย (ตามรหัส ICD--10 C22-C229 ,C24-C249)												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (ตามรหัส ICD-C22-C229 ,C24-C249) ในปัจจุบัน												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$A/B*100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	23.49			26.59			22.45			14.78			
ผลการการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	18.94	31.94	29.27	29.13	15.03	13.22	30.26	20.21	16.79	3.47	29.73	41.36	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1		2		3		4		5			
	ผลการดำเนินงาน	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป			
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวชุติมา อินหัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-9734970)												

KPI No.2.01.039	PI : 39 ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ (ผลงานสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2562)
คำอธิบาย/นิยาม	ประชากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึงผู้ป่วยโรคตับแข็ง ผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังชนิดบี ชายอายุมากกว่า 45 ปี หญิงอายุมากกว่า 50 ปี ผู้ป่วยโรคตับอักเสบซีเรื้อรังที่ Fibrosis Stage ≥ 4
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคตับแข็ง ผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังชนิดบี ชายอายุมากกว่า 45 ปี หญิงอายุมากกว่า 50 ปี ผู้ป่วยโรคตับอักเสบซีเรื้อรังที่ Fibrosis Stage ≥ 4
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP ไม่มีข้อมูลแยก stage
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม รพท. รพช.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงตามนิยามที่ได้รับการตรวจคัดกรอง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงตามนิยามทั้งหมด
สูตรการคำนวณ	$(A/B) * 100$
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 6 เดือน
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวชุติมา อินหัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-9734970)

KPI No.2.01.040	PI : 40 อัตราตายด้วยมะเร็งผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รหัส (ICD-10 =C18189 , C21-218)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่เสียชีวิตและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ICD-10 =C18-189 , C21-218)												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ICD-10 = C18-189 , C21-218)												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$A/B*100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	6.37			3.62									
ผลการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ตจ	วชิร	
	9.02	11.98	2.25	7.28	8.59	4.96	9.31	2.25	4.20	0	4.95	6.36	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1	2	3	4	5						
	ผลการดำเนินงาน		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป						
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวชุติมา อินหัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-9734970)												

KPI No.2.01.041	PI : 41 อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอด ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	จำนวนประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด ทุกระยะ ในปี ต่อ ประชากรแสนคน (รหัส ICD-10 =C33 C34-C349)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งตาม (รหัส ICD-10 =C33 C34-C349)												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอด(รหัส ICD-10 =C33 C34-C349)												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$A/B*100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ.2555	ปีพ.ศ.2556	ปีพ.ศ. 2557	ปีพ.ศ.2558									
	14.93	18.27	20.08	9.05									
ผลการการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	19.84	35.93	18.01	18.93	32.20	18.18	18.62	15.72	20.98	10.42	19.82	15.91	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5							
	ผลการดำเนินงาน	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป							
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวชุตติมา อินหัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-9734970)												

แผนงานที่ 2 หัวใจและหลอดเลือด

KPI No.2.02.042	PI : 42 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วงเวลาเดียวกันต่อประชากรแสนคนในช่วงนั้น (รหัส ICD-10- TM I20-I25)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา (ไม่เกิน 23ต่อประชากรแสนคน)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎรที่วินิจฉัยด้วย ICD-10- TM I20-I25												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามรหัส I20-I25												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน)												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ.2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	31.50			3□.24			33.59			16.43			
ผลการการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สส	บร	ตจ	วชิร	
	34.26	27.95	31.52	50.97	70.85	14.88	18.62	31.44	37.77	17.37	14.86	28.63	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1		2		3		4		5			
	ผลการดำเนินงาน	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป			
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.2.02.043	PI : 43 ร้อยละของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI= I21.0 - I21.3)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)															
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI(I21.0 - I21.3) หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่น ไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบเอสทียกขึ้น (ST segment elevation) ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที่จะช่วยลดอัตราการการตายของผู้ป่วยโดยวิธีการให้ยา ละลายลิ่มเลือด(Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention) กลวิธีการดำเนินงาน - เพิ่มหน่วยบริการที่สามารถให้บริการด้วยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด - ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม (Golden Time) ทั้ง (Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)															
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 80 ในปี2559)															
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI (I21.0 - I21.3)															
การจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลข้อมูลจากระบบข้อมูล 21 / 43 แพ้ม (I21.0 - I21.3) ร่วมกับการทำหัตถการ หมายเหตุ ระวังข้อมูลซ้ำซ้อนจาก 1.ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้วได้รับการส่งต่อ เพื่อทำ Rescuse PCI 2.ไม่ควรลงรหัสหัตถการ 99.10 หรือ 37.68 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตาม ICD 10 รหัส I21.9 3.นับเฉพาะ SK หรือ PCI เท่านั้นไม่นับ Rescuse PCI															
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม รพท. รพช.															
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO = I21.0 - I21.3 I22 และรหัส ICD 9-CM ดังนี้99.10 (Thrombolytic agent)หรือ/และ 37.68 (PPCI)															
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO = I21.0 - I21.3 I22 ทั้งหมด															
สูตรการคำนวณ	(A/B) X100															
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก ๓ เดือน															
ผลการดำเนินงาน	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558						
	51.88			66.67			61.53			81.01						
ผลการการดำเนินงาน ปี 58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร				
	81.48	50.00	85.71	91.67	85.71	75.00	100	50.00	-	-	-	50.00				
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1			2			3			4			5		
	ผลการดำเนินงาน	ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป			ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %			เท่ากับค่าเป้าหมาย			เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 1- 3 %			เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 3.01 %-ขึ้นไป		
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)															

KPI No.2.02.044	PI : 44 อัตราตายด้วยหลอดเลือดสมองลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	การตายด้วยหลอดเลือดสมองหมายถึง ผู้ป่วยที่ถึงแก่ความตาย และได้รับการวินิจฉัยว่าตายด้วยหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยหลอดเลือดสมองโรคหลักที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10-Thailand I60-I69												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลักคือโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิต												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองตามรหัส I60-I69												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน)												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ.2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	43.34			61.16			64.98			28.11			
ผลการการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	65.82	71.86	69.80	64.08	75.14	52.89	90.79	60.63	58.75	66.02	59.45	38.18	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5							
	ผลการดำเนินงาน	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป							
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.2.02.045	PI : 45 ร้อยละของผู้ป่วย ischemic stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น												
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน(ischemic stroke)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหมายถึงการที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการประเมินหรือวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นโรคหลักที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(ISCHEMIC STROKE) หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป็นโรคหลัก ที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10-Thailand I63-I66												
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน												
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม รพท.												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน I63-I66 ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน I63-I66 ที่รับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียว												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก ๓ เดือน												
ผลการดำเนินงาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ผลงานรายปี พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>ปีพ.ศ..2555</th> <th>ปีพ.ศ.2556</th> <th>ปีพ.ศ. 2557</th> <th>ปีพ.ศ.2558</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>5.35</td> <td>6.33</td> <td>5.73</td> </tr> </tbody> </table>	ผลงานรายปี พ.ศ.				ปีพ.ศ..2555	ปีพ.ศ.2556	ปีพ.ศ. 2557	ปีพ.ศ.2558	-	5.35	6.33	5.73
ผลงานรายปี พ.ศ.													
ปีพ.ศ..2555	ปีพ.ศ.2556	ปีพ.ศ. 2557	ปีพ.ศ.2558										
-	5.35	6.33	5.73										
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

แผนงานที่ 3 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง /แผนงานที่ 4 ตา ไต

KPI No.3_4.02.046	PI : 46 อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานด้วยรหัส (E10-E14)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎรเสียชีวิตที่วินิจฉัยด้วย (E10-E14)												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนการตายด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14)												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน)												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.25 \square 6			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	6.56			9.18			9.86			3.47			
ผลการดำเนินงานปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	9.92	31.94	24.77	7.28	10.73	0	4.66	4.49	20.98	6.95	0	9.54	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1	2	3	4	5						
	ผลการดำเนินงาน		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.047	PI : 47 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี 1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C													
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดหมายถึงผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 และ Type area 1,3 ที่ได้รับการตรวจ HbA1c ในรอบปีอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ห่างกัน 6 เดือน) แบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุ 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ 35 -59 ปี 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ 60 ปี ขึ้นไป													
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา(พท.ผลงาน 80 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 3,พท.ผลงาน 70ขึ้นไปเพิ่มขึ้น 10 ,60 ขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 , ผลงานต่ำกว่า 59 ลงมา เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50)													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการติดตามในคลินิกบริการ (ICD10 = E10 -E14 และ Type area 1,3)													
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP													
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต.													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ได้รับการตรวจหาค่าระดับ HbA1c													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส (CD10 = E10 -E14 และ Type area 1,3) ทั้งหมดมารับการตรวจติดตามในคลินิกบริการ													
สูตรการคำนวณ	$(A / B) \times 100$													
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 6 เดือน (ติดตามทุก 3 เดือน)													
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.													
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.□558				
	-			-			44.42			60.47				
ผลงานปี58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร		
	4.2	83.	65.	61.	84.	64.	21.	71.	80.	36.	93.	79.		
	9	87	72	22	97	64	25	65	67	31	43	57		
เป้าหมายปี 59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร		
	50	86	76	70	87	74	32	79	82	54	96	88		
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1			2			3			4		5
	ผลการดำเนินงาน		ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป			ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %			เท่ากับค่าเป้าหมาย			เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 1- 3 %		เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 3.01 %-ขึ้นไป
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)													

KPI No.3_4.02.048	PI : 48 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี															
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 และ Type area 1,3 ที่ได้รับการตรวจ HbA1c ในรอบปี อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีค่าระดับ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7 แบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุ 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ 35 -59 ปี 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ 60 ปี ขึ้นไป															
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (พท.ที่ผลงานมากกว่า 60 เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 3, ผลงาน 40-59.99เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 , ผลงานต่ำกว่า 39.99 ลงมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 30)															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการติดตามในคลินิกบริการ (ICD10 = E10 -E14 และ Type area 1,3)															
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP															
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม รพท. รพช. รพ.สต.															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ได้รับการตรวจหาค่าระดับ HbA1c มีค่าระดับ HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส (CD10 = E10 -E14 และ Type area 1,3) ที่ได้รับการตรวจหาค่าระดับ HbA1c															
สูตรการคำนวณ	$(A / B) \times 100$															
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 6 เดือน (ติดตามทุก 3 เดือน)															
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.															
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558						
	60.70			59.49			45.56			46.23						
ผลงานปี58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สส	บร	ดจ	วชิร				
	59.62	44.19	41.61	28.14	45.15	48.09	43.59	46.87	41.15	35.96	41.73	76.66				
เป้าหมายปี 59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สส	บร	ดจ	วชิร				
	62	46	44	37	47	50	46	50	43	47	44	79				
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน			1			2			3			4		5	
	ผลการดำเนินงาน			ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป			ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %			เท่ากับค่าเป้าหมาย			เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 1- 3 %		เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)															

KPI No.3_4.02.049.1	PI : 49.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต												
คำอธิบาย/นิยาม	การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับการคัดกรองด้วย urine protein (Microalbuminuria)												
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (โดยพท.ที่มีผลงานปี58 มากกว่า 70 เพิ่ม 3ผลงานต่ำกว่า 50 เพิ่ม 20%)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ												
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง รพท. รพช. รพ.สต.												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ urine protein และ CKD-EPI-eGFR ในปี												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในปี												
สูตรการคำนวณ	$(A / B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 3 เดือน												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	49.72			62.41			37.54			83.42			
ผลการตรวจ ปี 58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ตจ	วชิร	
	42.95	95.33	88.83	86.12	95.44	89.40	84.94	77.91	89.63	79.29	97.18	91.56	
เป้าหมาย ปี 59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ตจ	วชิร	
	52.00	96.00	89.00	87.00	96.00	90.00	85.00	79.00	90.00	82.00	98.00	95.00	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1	2	3	4	5						
	ผลการดำเนินงาน		ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป	ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %	เท่ากับค่าเป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 1- 3 %	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป						
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.049.2	PI : 49.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เบาหวานเข้าจอประสาทตา												
คำอธิบาย/นิยาม	การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียด โดยจักษุแพทย์ หรือคัดกรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง												
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 60) (โดยพท.ที่มีผลงานปี58 มากกว่า 60 เพิ่มขึ้น 5 % , ผลงานมากกว่า 50 เพิ่ม 10% , ผลงานน้อยกว่า 50 เพิ่ม 40 %)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ												
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม รพท. รพช. รพ.สต.												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจตาด้วย Fundus Camera ในปี												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในปี												
สูตรการคำนวณ	$(A / B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 3 เดือน												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	61.27			62.41			58.52			37.41			
ผลการตรวจ ปี 58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	19.63	32.91	45.25	18.82	10.51	49.72	67.86	43.81	54.06	50.86	3.42	41.46	
เป้าหมาย ปี 59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	27	46	63	26	15	70	71	61	59	56	5	52	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1	2	3	4	5						
	ผลการดำเนินงาน		ลดลงจากค่า เป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป	ลดลงจากค่า เป้าหมาย -3 %	เท่ากับค่า เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจาก ค่าเป้าหมาย 1- 3 %	เพิ่มขึ้นจากค่า เป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป						
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

ผลงานที่ยังไม่ได้คีย์ เข้า 43 แพ้ม

ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	จว
80.52	88.82	55.38	17.48	46.89	49.82	67.74	80.71	86.41	43.87	65.12	70.02	59.24

KPI No.3_4.02.049.3	PI : 49.3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า												
คำอธิบาย/นิยาม	การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่เท้า(ตรวจระบบประสาทสำหรับความรู้สึก)												
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (โดยพท.ที่มีผลงานปี58 มากกว่า 70 ขึ้นไปเพิ่มร้อยละ3 มากกว่า 60 เพิ่มขึ้น 5 % , ผลงานมากกว่า 50 เพิ่ม 10% , ผลงาน 40 ขึ้นไป เพิ่ม 20 % , ผลงานต่ำกว่า40 ลงมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 40)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ												
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง รพท. รพช. รพ.สต.												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้า												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในปี												
สูตรการคำนวณ	$(A / B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 3 เดือน												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
ผลการตรวจ ปี 58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	17.09	76.84	50.18	48.70	12.20	50.39	69.19	48.16	9.52	52.00	1.09	46.38	
เป้าหมาย ปี 59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	40.00	79.00	55.00	58.00	40.00	55.00	73.00	56.00	40.00	57.00	40.00	65.00	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน			1	2	3	4	5					
	ผลการดำเนินงาน			ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป	ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %	เท่ากับค่าเป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 1- 3 %	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 3.01 %-ขึ้นไป					
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.050	PI : 50 อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส (I10-I15)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎรเสียชีวิตที่วินิจฉัยด้วย (I10-I15)												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15)												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน)												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	1.82			4.59			6.57			2.19			
ผลการดำเนินงานปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	5.41	11.98	22.52	7.28	8.59	3.31	2.33	2.25	4.20	6.95	0	3.18	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1		2		3		4		5		
	ผลการดำเนินงาน		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01-3%		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป		
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.051	PI : 51 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง(I10-I15)ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง 1.ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป มีระดับความดันโลหิต 3 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน<140/90 มม.ปรอท 2 .ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน <140/80 มม.ปรอท. หมายเหตุ : ค่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ปรับจาก <130/80 มม.ปรอท. เป็น <140/80 มม.ปรอท.												
เกณฑ์เป้าหมาย	พท.ที่มีผลงาน 70 ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 3 , มีผลงาน 50 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5 , 40 ขึ้นไปร้อยละ 10 มีผลงาน 39 ลงมาเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 40												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามความดันโลหิต/คลินิกเบาหวาน/คลินิกโรคเรื้อรัง/คลินิกอายุกรรม												
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม รพท. รพช. รพ.สต.												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการ เครือข่ายทั้งหมดที่ได้รับการตรวจหาค่าระดับความดัน												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส (CD10 = I10-I15และ Type area 1,3) ทั้งหมดมารับการตรวจติดตาม ในคลินิกบริการ												
สูตรการคำนวณ	$(A / B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 6 เดือน (ติดตามทุก 3 เดือน)												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	51.27			53.33			49.67			47.62			
ผลงานปี58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สส	บร	ดจ	วชิร	
	49.04	74.31	61.89	31.37	42.19	50.89	50.67	44.02	47.23	46.76	51.03	42.42	
เป้าหมายปี 59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สส	บร	ดจ	วชิร	
	54	77	65	44	46	53	53	48	52	51	54	47	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน			1	2	3	4	5					
	ผลการดำเนินงาน			ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป	ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %	เท่ากับค่าเป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 1- 3 %	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.052	PI : 52 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ urine protein (Microalbuminuria) และ CKD-EPI-eGFR ด้วยสมการ CKD-EPI												
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (โดยทุก พท .เพิ่มขึ้นจากปี 58 ร้อยละ 5 ยกเว้น อ.เมือง เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 30)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ												
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม รพท. รพช. รพ.สต.												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจ urine protein (Microalbuminuria) และ CKD-EPI-eGFR ด้วยสมการ CKD-EPI												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในปี												
สูตรการคำนวณ	$(A / B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 3 เดือน												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
ผลการตรวจ ปี 58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	35.59	92.82	90.73	61.13	87.88	73.79	81.00	70.25	87.06	71.42	90.84	87.19	
เป้าหมาย ปี 59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	46.00	97.00	95.00	64.0	92.00	77.00	85.00	74.00	91.00	75.00	95.00	91.00	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1	2	3	4	5						
	ผลการดำเนินงาน		ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป	ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %	เท่ากับค่าเป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 1- 3 %	เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป						
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.053	PI : 53 ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ
คำอธิบาย/นิยาม	<p>คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรัง แก่บุคคลที่เข้ามาใช้บริการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลดักจับเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างที่มโนและเครือข่ายการบริการ</p> <p>องค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีทิศทางและนโยบาย 2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ 3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 6) มีระบบสารสนเทศ <p>เกณฑ์ผลลัพธ์เพื่อการรักษาดูแลผู้ป่วย คลินิก NCD ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง ลดโอกาสเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีความเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาในการรักษาร้อยละ 50 2) การคัดกรองการสูบบุหรี่ 3) การคัดกรองภาวะซีมเศร้า ประเมินภาวะเครียดและการติดสุรา 4) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดีตามเป้าหมายในแต่ละระยะของโรค 5) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน 6) คุณภาพการดูแลรักษา/ส่งผลต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนและ/หรือมีปัญหาการควบคุมไม่ได้ดีตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องติดกัน สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตเสื่อม เป็นต้น 7) ลดการนอนโรงพยาบาลไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (unexpected admission rate) 8) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง 9) ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรัง
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพท.+รพช.
การจัดเก็บข้อมูล	สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพปีละ 1 ครั้ง
แหล่งข้อมูล	จากการสำรวจของ สคร. (ที่มโนเทศงานของเขตเครือข่ายบริการ 12 เขต)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพท. รพช. ที่ได้รับการสุ่มประเมินผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพท. รพช. ที่ได้รับการสุ่มประเมินทั้งหมด
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง

KPI No.3_4.02.053	PI : 53 ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	-			-			34% (3แห่ง)			70%(4แห่ง)			
ผลการดำเนินงาน ปี 58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	1	0	0	1	1	1	1	1	-	-	-	1	
เป้าหมาย ปี59	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.054	PI : 54 อัตราตายด้วยโรคปอดอุดกั้นลดลง (COPD) ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัย PDx เป็น COPD / ICD-10 = J44 0-J449												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์ที่วินิจฉัยด้วย ICD-10- TM J44 0-J449												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นตามรหัส ICD-10 = J44 0-J449												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100000$												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	3.10			4.59			2.92			0.55			
ผลการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	0	3.99	20.27	5.83	0	0	2.33	0	0	0	0	3.18	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน		1	2	3	4	5						
	ผลการดำเนินงาน		เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %	ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป						
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน)												
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.055	PI : 55 อัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรค COPD ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรค COPD ในปี(ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัย PDx เป็น COPD / ICD-10 = J44 0-J449) ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา (ไม่เกิน ๑๓๐ ต่อแสนประชากร)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย COPD ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล												
การจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม รพท. รพช.												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรค COPD (PDx = J44)												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง วิธีประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน 1. จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติ 2. มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	67.37			128.60			153.15			90.15			
ผลการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สส	บร	ดจ	วชิร	
	202.01	219.57	87.90	100.16	74.95	44.64	46.64	-	-	-	-	-	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

KPI No.3_4.02.056	PI : 56 อัตราตายด้วยไตลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง (N18)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรัง (N18)												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนการตายด้วยโรคไตเรื้อรัง (N18)												
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรกลางปี												
สูตรการคำนวณ	(A/B) X100000												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ติดตามข้อมูลทุก 3 เดือน)												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ.2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	7.28			7.71			10.04			4.93			
ผลการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร	
	1.72	7.98	13.51	11.65	15.03	8.26	6.98	6.74	8.39	6.95	4.95	9.54	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน												
	ผลการดำเนินงาน	1			2			3			4		5
	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป			เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %			ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %			ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวชุติมา อินหัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (081-9734970)												

KPI No.2.03_04.057	ต้นกล้าผู้ป่วย NCD และสุขภาพจิต สามารถดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงเพิ่มขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน	
คำนิยาม	ต้นกล้าผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองในภาวะที่ป่วยเป็นโรคได้ดี และไม่มีความรุนแรงของโรคหรือมีอาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และบางครั้งอาจหายจากอาการภาวะแทรกซ้อนเดิม มีสุขภาพกายและจิตที่ดี และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วยอื่นได้ มีพลังความคิดสร้างสรรค์ มีพลังเชิงบวก	
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนต้นกล้าผู้ป่วย ที่ได้รับการพัฒนาตนเองผ่านระดับ 5	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย NCD และสุขภาพจิต	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการคัดเลือกต้นกล้าผู้ป่วยโดยการจัดเวทีเรื่องเล่าการดูแลสุขภาพขณะป่วย ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมของผู้ป่วย ความรู้ เจตคติต่อโรคที่เป็น	
แหล่งข้อมูล	จากการคัดเลือกต้นกล้าผู้ป่วยระดับตำบล อำเภอ จังหวัด	
รายการข้อมูล	จากการคัดเลือก ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ไม่มี	
เกณฑ์การให้คะแนน (พิจารณาเป็นรายคนที่ เข้ารับการประเมิน)	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
	1 คะแนน	ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองตามลักษณะโรคที่เป็น อย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
	2 คะแนน	ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองตามลักษณะโรคที่เป็น
	3 คะแนน	ผู้ป่วยทราบถึงอาการปัจจุบันของโรคที่เป็นอยู่ และมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามสถานการณ์โรค
	4 คะแนน	ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยดูจากข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ทาง การแพทย์ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเพิ่มขึ้น
5 คะแนน	ผู้ป่วยมีพลังความคิดเชิงบวก มีสุขภาพจิตที่ดี มีนวัตกรรมที่สร้างสรรค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการระดับตำบล	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณ 2559	
หน่วยงานประมวลผล	จากการคัดเลือกโดยคณะกรรมการระดับอำเภอ จังหวัด	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM ของยุทธศาสตร์ที่ 2	
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ที่ 2	

แผนงานที่ 5 อุบัติเหตุและศัลยกรรม

KPI No.2.05.058	PI : 58 อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงจากปีที่ผ่านมา												
คำอธิบาย/นิยาม	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01 – V89) หมายถึงการตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน นับตั้งแต่เกิดเหตุถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมเสียชีวิตที่ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง รพ.ที่ห้องฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ(Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง และเสียชีวิตในตึกผู้ป่วยหลัง 24 ชั่วโมง จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุรวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน ทั้งนี้ ให้ นับข้อมูลรวมทุกกลุ่มอายุ												
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา (ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2559)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ												
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด ปีงบประมาณ 2558 (ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558)												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2558												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง												
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.												
	ปีพ.ศ.2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558			
	23.85			26.45			29.21			10.09			
ผลการการดำเนินงานปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สส	บร	ตจ	วช	วช
	28.85	31.94	51.79	21.84	23.62	18.18	30.26	26.95	41.97	20.85	24.77	44.54	
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน												
	ผลการดำเนินงาน	1			2			3			4		5
	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5.01 % ขึ้นไป			เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %			ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %			ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.01 - 3 %		ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)												

แนวทางการดำเนินงาน ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้หลัก 5 ส. ในระดับจังหวัด/ในระดับอำเภอ (ผ่าน DHSหรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง) / ในระดับตำบล (ผ่านตำบลจัดการสุขภาพ) การดำเนินงาน 5 ส. มีรายละเอียดดังนี้

1. ส : สารสนเทศ (Information) การพัฒนาและจัดการข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพที่ได้จากการสอบสวน เพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน โดยในระดับจังหวัด/อำเภอให้ดำเนินการสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์ของสำนักกระบาดวิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก
2. ส : สุดเสียง (Priority) หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วเลือกปัญหา / สาเหตุที่สำคัญมีความเสี่ยงสูงมาดำเนินการก่อน
3. ส : สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) นำปัญหาที่ได้มาร่วมกันคิดและวางแผนป้องกันและแก้ไข ปัญหาโดยให้มีหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงานจึงจะเกิดผลลัพธ์เห็นเป็นรูปธรรม
4. ส : สุดคุ้ม (Cost effective) เลือกมาตรการ/วิธีการดำเนินการแล้วมีความเป็นไปได้และคุ้มค่า
5. ส : ส่วนร่วม ควรให้คนในพื้นที่/ชุมชนและภาคีคนทำงาน (Community participation) มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการทำงานของพื้นที่และภาคีเครือข่าย และควรมีการติดตาม ประเมินผลมาตรการ/วิธีการที่เลือกมาดำเนินการเพื่อนำไปปรับกระบวนการทำงานต่อไป

หมายเหตุ : การสอบสวนอุบัติเหตุตามเกณฑ์ของสำนักกระบาดวิทยา

เกณฑ์ข้อ 1 คือ ตาย \geq 5 ราย

เกณฑ์ข้อ 2 คือ บาดเจ็บ \geq 15 ราย

เกณฑ์ข้อ 3 คือ เหตุการณ์ที่น่าสนใจ เช่น รถโดยสาร/รถนักเรียน/รถพยาบาล/รถจักรยานยนต์ในกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงาน

KPI No.2.05.059	PI : 59 ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน10 นาทีที่ได้รับแจ้งเหตุ															
คำอธิบาย/นิยาม	ผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่มีการรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุจนถึงชุดปฏิบัติการไปถึงและเริ่มให้การดูแลซึ่งประเมิน ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ(สีแดง) คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทันที มิฉะนั้นจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันที หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นอย่างฉับไว ผู้ป่วยเร่งด่วน(สีเหลือง) คือ ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรืออาจสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ เช่น ระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น															
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าปีที่ผ่านมา															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน															
การจัดเก็บข้อมูล	1.จากเอกสารรายงานของหน่วยกู้ชีพทุกระดับ 2.รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)															
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ EMS ของทุกระดับสถานบริการ รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ															
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที															
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(ems)ทั้งหมด															
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$															
ระยะเวลาประเมิน	ประเมินติดตามทุก 6 เดือน															
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.															
	ปีพ.ศ.2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558						
	73.65			78.16			77.69			81.76						
ผลการการดำเนินงานปี 58	ม	วพ	พช	ตพ	บน	พล	สง	ทค	สล	บร	ดจ	วชิร				
	84.61	65.60	59.50	77.25	89.93	78.21	43.31	92.17	52.73	89.97	80.20	56.52				
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1			2			3			4			5		
	ผลการดำเนินงาน	ลดลงจากค่าเป้าหมาย 3.01 % ขึ้นไป			ลดลงจากค่าเป้าหมาย -3 %			เพิ่มขึ้นจากผลงานปีที่ผ่าน มา 1-3 %			เพิ่มขึ้นจากผลงานปีที่ผ่าน มา 3.01-5 %			เพิ่มขึ้นจากค่าเป้าหมาย 5.01 % ขึ้นไป		
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรค นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)															

KPI No.2.05.060	PI : 60 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง(Fatality Rate) (รหัส ICD S06.0-S06.9)													
คำอธิบาย/นิยาม	บาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะ และร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง (Head injury mean complex mechanical loading to the head and / or the body that cause the injuries to the scalp and skull and brain and cranial nerve) การแบ่งระดับ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury) โดยใช้ คะแนน Glasgow Coma Score) ดังนี้ การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) GCS = 13-15 การ บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) GCS = 9-12 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับ รุนแรง (Severe head injury) GCS <9 (ตามรหัส ICD-10 S06.0-S06.9) ตัวชี้วัดนี้ เฉพาะเฉพาะ ผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง หมายถึง เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตามรหัส ICD-10 S06.0 - S06.9 เฉพาะผู้ป่วยใน (IPD) (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม จัดทำโดย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยความร่วมมือจากสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย)													
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองมีอัตราการเสียชีวิตลดลง ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเอง จากปี 2558 เทียบกับ ปี 2559													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตาม รหัส ICD-10 (S06.0-S06.9)													
การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (การตายจากมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)													
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร์ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากบาดเจ็บต่อสมอง ปีงบประมาณ 2558													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยจากบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด													
สูตรการคำนวณ	$A/B * 100$													
ระยะเวลาประเมิน	ประเมินติดตามทุก 6 เดือน วิธีการประเมินผล จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน 1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและจัดบริการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองในระดับจังหวัด 2. จัดทำคู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองในรูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่ายทั้งจังหวัด 3. จัดทำคู่มือและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองนอกเขตสุขภาพ 4. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองระหว่างสถานบริการ (ทั้ง refer in และ refer out) ได้รวดเร็วและมีคุณภาพ 5. อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง													
ผลการดำเนินงาน	ปีพ.ศ..2555			ปีพ.ศ.2556			ปีพ.ศ. 2557			ปีพ.ศ.2558				
	2.55			2.39			2.92			-				
ผลการการดำเนินงาน ปี 57	ม	วพ	พช	ตพ	บม	พล	สง	ทค	สส	บร	ดจ	วชิร		
	12.62	-	-	2.91	-	-	-	-	-	-	-	-		
เกณฑ์การประเมิน	ระดับคะแนน	1			2			3			4			5
	ผลการดำเนินงาน	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่าน มา 5.01 % ขึ้นไป			เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - 5 %			ลดลงจากปีที่ผ่านมา - 1 %			ลดลงจากปีที่ผ่าน มา 1.01-3 %			ลดลงจากปีที่ผ่านมา 3.01 ขึ้นไป
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมานิสา เจริญทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-9371222)													

แผนงานที่ 6 จิตเวชและยาเสพติด

KPI No.2.06.061	PI : 61 ร้อยละ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง					
คำนิยาม	ผู้ฆ่าตัวตาย หมายถึง= ผู้ที่ทำร้ายตัวเอง (ไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆ)ทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 3.1 ต่อแสนประชากร					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่ทำร้ายตัวเอง (ไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆ)ทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต ทั้งที่เสียชีวิตในชุมชนและเสียชีวิตหลังนำส่งสถานพยาบาล ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน DS 506 ทุกรายมีการทำร้ายตัวเอง ทั้งที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ					
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. รพช.รพท.					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง/B ตัวหาร	A หมายถึง ผู้ที่ทำร้ายตัวเอง (ไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆ)ทั้งที่ไม่เสียชีวิตและเสียชีวิต (Attempt Suicide ,Suicide) B หมายถึง ประชากรกลางปี					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$					
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	>3.5	3.0-3.5	3.1	2.8-3.0	<2.8
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	รพ.สต. รพช.รพท.					
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุกเดือน					
หน่วยงาน ประมวลผล	รพท รพช รพ.สต.สสจ					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	รุ่งทิภา มโนวิชสรรรค์					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2					

KPI No.2.06.062	PI : 62 ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง เครียด ซึมเศร้า เข้าถึงบริการ					
คำนิยาม	ผู้ป่วยซึมเศร้า หมายถึงผู้ที่ได้รับการคัดกรองและสรุปว่ามีความเจ็บป่วยตาม ICD-10 หมวด F32 F33 F34 และ F38 F39 หรือเทียบเคียงกับ DSM-IV ที่เข้ารับการรักษ ทั้งรายเก่า รายใหม่ ใน ปีงบประมาณ					
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 41					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีภาวะเสี่ยง อายุ > 15 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง (HT DM HEART) HIV จิตเวช มะเร็ง แม่อายุน้อยกว่า 20 ปี ผู้สูงอายุ มีผลคะแนนผิดปกติโดยกลุ่มซึมเศร้า 2 Q มีค่าคะแนน 1 ข้อ. ให้ใช้แบบ 9Q ประเมินต่อมีผลคะแนน > 7 ประเมินด้วย 8Q					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากระบบรายงาน 43 เพิ่ม ICD-10					
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน MIS รับส่งข้อมูล 43 เพิ่ม รพ.สต. รพช. รพท.					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินว่าผิดปกติ(F32 F33-34 และ F38-F39)ส่งต่อเข้ารับการรักษา B หมายถึง.....จำนวนประชากรประมาณการ ประชากรประมาณการ หมายถึง = ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของพื้นที่นั้นๆ คูณ ด้วย 2.8 ทหาร 100					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	<34	34-39	41	42-45	>45
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. รพช. รพท.					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน					
หน่วยงานประมวลผล	รพ.สต. รพช. รพท.					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	รุ่งทิภา มโนวิชิตสรณ์					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2					

KPI No.2.06.063	PI : 63 ร้อยละประชากรอายุ >15 ปี ที่มีภาวะทางจิตเวช(F20-F29) เข้ารับการรักษา
คำนิยาม	ผู้มีภาวะเสี่ยงทางจิตเวชรายใหม่ และเก่า ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว พูดจาวกวน มีท่าทางแปลกๆและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตตามมาตรฐาน ICD-10 หมวด F20-25 F28-F29 หรือเทียบเคียงกับการวินิจฉัย DSM-IV ที่มารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากร อายุ >15 ปี ขึ้นไปที่มีอาการผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว พูดจาวกวน มีท่าทางแปลกๆ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน 43 แฟ้ม ของ รพ.ส.ต. รพช รพท.
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม ICD-10
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่และเก่าที่เข้ารับการรักษาในห้วงเวลาเดียวกัน
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชคาดประมาณการณ์ = หมายถึง ประชากรอายุ > 15 ปีขึ้นไป คูณด้วยค่า 0.8หารด้วย 100) B = จำนวนผู้ป่วยจิตเวชคาดประมาณการณ์
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางรุ่งทิภา มโนวิชิตสรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2

KPI No.2.06.064	PI : 64 ร้อยละ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการดูแลเฝ้าระวังไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ					
คำนิยาม	<p>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง= ผู้ที่เคยทำร้ายตัวเอง (ไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆ)แต่ไม่เสียชีวิต เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือไม่เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล</p> <p>ญาติผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ตาย หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ตาย ไม่ว่าจะทางสายเลือด หรือมีความผูกพันกับผู้ฆ่าตัวตายแบบใกล้ชิด</p> <p>การเฝ้าระวังหมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์ แรก และทุก30 วัน นาน 3 เดือน เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ด้วย 2 Q 9Q 8Q และประเมินสภาพทั่วไปที่สุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ทำร้ายตัวเอง แต่ไม่ตาย และญาติ/ผู้ใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ					
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	รายงาน DS 506 ทุกรายมีการทำร้ายตัวเอง ทั้งที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ					
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. รพช.รพท.					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	<p>A หมายถึง จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายและญาติผู้ใกล้ชิดที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/เฝ้าระวังทำร้ายตัวเองซ้ำ</p> <p>B หมายถึง.....ผู้ทำร้ายตัวเองทั้งหมด(ทั้งพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ)</p>					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	<85	85-89	90	91-93	>93
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	รพ.สต. รพช.รพท.					
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุกเดือน					
หน่วยงาน ประมวลผล	รพท รพช รพ.สต.					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	รุ่งทิภา มโนวิชิตสรณ์					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2					

KPI No.2.06.065	PI : 65 ร้อยละของผู้เสพผู้ติดที่ยังคงอยู่รักษาในระบบครบโปรแกรมบำบัด
คำนิยาม	ผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด หมายถึง ผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดทั้งแบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษในสถานบริการสุขภาพ สถานพินิจฯ สำนักงานคุมประพฤติ เรือนจำ ทุกแห่ง
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากร ทั่วไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองว่าเป็นผู้เสพ /ผู้ติดสารเสพติด และถูกตัดสินตามคำสั่ง 108/2557 หรือ คณะอนุกรรมการสั่งให้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ > 80
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการให้บริการ ในสถานบริการ รพ.สต.รพช. รพท. สถานพินิจฯ สำนักงานคุมประพฤติ เรือนจำทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	ผลการให้บริการ บสต. ICD-10
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ยังอยู่ในระบบ (ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ ค่าใช้จ่ายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม)
	B = จำนวนผู้เข้ารับบริการบำบัดยาเสพติดทั้งหมดทุกระบบในห้วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	รุ่งทิภา มโนวิชิตสรณ์
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2

KPI No.2.06.066	PI : 66ร้อยละของผู้เสพผู้ติดที่รักษาในระบบครบโปรแกรมบำบัด ได้รับการติดตามหลังการบำบัดฯ
คำนิยาม	ผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดได้รับการติดตาม หมายถึง ผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดทั้งแบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษในสถานบริการสุขภาพ ครบโปรแกรมและได้รับการติดตามหลังการบำบัดครบโปรแกรม ครั้งแรก หลังจากการบำบัด 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ/ ผู้ติดที่รักษาในระบบ ครบโปรแกรมบำบัด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ > 70
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการให้บริการ ในสถานบริการ สถานพินิจฯ สำนักงานคุมประพฤติ เรือนจำทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	ผลการให้บริการ บสต.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดครบโปรแกรมได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เข้ารับบริการบำบัดยาเสพติด ครบโปรแกรม ทั้งหมด ทุกระบบในห้วงเวลาเดียวกันที่ต้องติดตาม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	รุ่งทิภา มโนวีรสรณ์
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2

KPI No.2.06.067	PI : 67 ร้อยละของผู้เสพผู้ติดที่รักษา เสพซ้ำ
คำนิยาม	ผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดเสพซ้ำ หมายถึง ผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติดที่เคยเข้ารับการบำบัดทั้งแบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษในสถานบริการสุขภาพ สถานพินิจฯ สำนักงานคุมประพฤติ เรือนจำทุกแห่ง ในรอบปีเดียวกันที่เข้าบำบัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพผู้ติดที่รักษาในระบบครบโปรแกรมบำบัด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ < 50
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการให้บริการ ในสถานบริการ สถานพินิจฯ สำนักงานคุมประพฤติ เรือนจำทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	ผลการให้บริการ บสต.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดเคยเข้ารับการบำบัดมาก่อนในห้วงเวลาเดียวกัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เข้ารับบริการบำบัดยาเสพติด ทั้งหมดทุกระบบ ในห้วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	รุ่งทิภา มโนวิชิตสรณ์
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2

แผนงานที่ 7 ทารกแรกเกิดและกุมาร

KPI No.2.07.068	PI : 68 อัตราส่วนมารดาตาย													
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด 42 วันหลังคลอด ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องต่อการเกิดมีชีพแสนคน													
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปี 2558 (ลดลงจาก 49.23 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกในฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม,ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร 2.บันทึกแบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE (ก1-CE)													
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21/43 แพ้มสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /ก1													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด (จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด) ในช่วงเวลาที่กำหนด													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$													
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน													
ผลการดำเนินงาน	ผลงานรายปี พ.ศ.													
	ปี พ.ศ.2555			ปี พ.ศ.2556			ปี พ.ศ. 2557			ปี พ.ศ. 2558				
	n/a			n/a			49.60			49.23				
ผลงานปี 2558	จังหว	เมือง	วัง	โพธิ์	ตะพาน	บางมูล	โพทะเล	สาม	ทับคล้อ	สาก	บึงนา	ดง	วชิ	
	หวัด		ทราย	ประทับ	หิน	นาก	เล	ง่าม		เหล็ก	ราง	เจริญ	บา	
1 ราย (49.23 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)														
เป้าหมายปี 2559	จังหว	เมือง	วัง	โพธิ์	ตะพาน	บางมูล	โพทะเล	สาม	ทับคล้อ	สาก	บึงนา	ดง	วชิ	
	หวัด		ทราย	ประทับ	หิน	นาก	เล	ง่าม		เหล็ก	ราง	เจริญ	บา	
ลดลงจากปี 2558														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1) แพทย์หญิงปฏิมาวรรณ เขียนวงศ์ (รพ.พิจิตร) โทร 089-5535310 2) นางสาวระเบียบ คำเขียน (รพ.พิจิตร) โทร 086-2009714 3) นางสาวบรรเจิด สละชุ่ม (สสจ.พิจิตร) โทร 081-7072648													

KPI No.2.07.069	PI : 69 ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิด ภายใน 28 วัน													
คำนิยาม	ทารกเกิดมีชีพที่เสียชีวิต ภายใน 28 วันแรก													
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน													
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทารกเกิดมีชีพอายุ 0-28 วัน													
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	บันทึกในฐานข้อมูล 21 แฟ้ม													
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21 แฟ้ม													
รายการข้อมูล	A = จำนวนทารกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันแรก ในช่วงเวลาที่กำหนด B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน													
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1000$													
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 เดือน													
ผลการดำเนินงาน (ต่อการเกิดมีชีพ พันคน)	ผลงานรายปี พ.ศ.													
	ปี พ.ศ. 2555			ปี พ.ศ. 2556			ปี พ.ศ. 2557			ปี พ.ศ. 2558				
	1.51			1.58			4.76			0.79				
ผลงานปี 2558 (ต่อการเกิดมีชีพ พันคน)	จ.	เมือง	วัง ทราย พูน	โพธิ์ ประทับ ช้าง	ตะพาน หิน	บาง มูล นาก	โพ ทะ เล	สาม ง่าม	ทับ คล้อ	สาก เหล็ก	บึง นา ราง	ดง เจริญ	วชิร บาร์มี	
	0.79	0.88	0	0	1.72	0	0	0	0	-	-	-	0	
เป้าหมายปี 2559 (ต่อการเกิดมีชีพ พันคน)	จ.	เมือง	วัง ทราย พูน	โพธิ์ ประทับ ช้าง	ตะพาน หิน	บาง มูล นาก	โพ ทะ เล	สาม ง่าม	ทับ คล้อ	สาก เหล็ก	บึง นา ราง	ดง เจริญ	วชิร บาร์มี	
	ไม่เกิน 8	ไม่เกิน 8	คง สภาพ (0)	คง สภาพ (0)	ไม่เกิน 1.72	คง สภาพ (0)	คง สภาพ (0)	คง สภาพ (0)	คง สภาพ (0)	คง สภาพ (0)	-	-	-	คง สภาพ (0)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1) แพทย์หญิงสุนทรีย์ ไกรวีระเดชาชัย (รพ.พิจิตร) โทร 086-5449517 2) นางรัตติกกร มหายนต์ (รพ.พิจิตร) โทร 089 07059702 3) นางสาวบรรเจิด สละชุ่ม (สสจ.พิจิตร) โทร 081-7072648, 088-2860864													

แผนงานที่ 8 ทันตกรรม

KPI No.2.08.070	PI : 70 ร้อยละการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของประชากร					
คำนิยาม	บริการสุขภาพช่องปากหมายถึงบริการรักษาทางทันตกรรม บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก บริการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบทุกกลุ่มอายุ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลทางอิเล็กทรอนิกส์					
แหล่งข้อมูล	ประมวลผลข้อมูลจาก 43 แฟ้ม แสดงผลบน EPS					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปาก B หมายถึง จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ในเขตรับผิดชอบ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	<10	10 - 19.99	20 - 24.99	25 - 29.99	>=30
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการทุกหน่วย					
ระยะเวลาประมวลผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM / ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์					

KPI No.2.08.071	PI : 71 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟัน 4 คู่สบ เพิ่มขึ้น															
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีชื่อปรากฏตามทะเบียนราษฎร คู่สบฟันหลัง 4 คู่ขึ้นไป หมายถึง มีการสบฟันกรามน้อย และ / หรือฟันกราม ทั้งฟันแท้และฟันเทียม ซ้าย-ขวา รวมกันอย่างน้อย 4 คู่สบขึ้นไป															
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นจาก ปี 2558															
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีชื่อปรากฏตามทะเบียนราษฎร ในจังหวัดพิจิตร															
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	บันทึกข้อมูลการตรวจในแฟ้ม Dental															
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม จ.พิจิตร															
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟัน 4 คู่สบ ปี 2559 B หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟัน 4 คู่สบ ปี 2558															
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$A - B \times 100/A$															
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	1			2			3			4			5		
	ร้อยละ	น้อยกว่า 4			4 - 5			6 - 7			8 - 9			10 ขึ้นไป		
	จังหวัด	เมือง	วัง ทราย	โพธิ์ ประทับ ช้าง	ตะพาน หิน	บาง มูล นาก	โพ ทะ เล	สาม ง่าม	ทับ คล้อ	สาก เหล็ก	บึงนา ราง	ดง เจริญ	วชิร บาร์มี			
	44.1	25.1	38	49.9	50.4	41.9	47.7	49.3	50.4	34.7	28.5	44.3	41.8			
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	รพ.สต. และ รพ.															
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 9 / 12 เดือน															
หน่วยงาน ประมวลผล	ทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร															
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นายสมาน ทันต์เจริญกิจ 095-6359261															
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2															

KPI No.2.08.072	PI : 72 ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีคือผล HbA 1C,มากกว่า 7ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและได้รับการรักษาทางทันตกรรม					
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีคือผลHbA1C,มากกว่า7คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีชื่อปรากฏตามทะเบียนราษฎร์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีมีผลHbA1Cมากกว่า7ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีคือผล HbA 1C,มากกว่า 7ได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 20					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีคือผลHbA1C,มากกว่า 7 ที่มีชื่อปรากฏตามทะเบียนราษฎร์					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการตรวจในแฟ้ม Dental					
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม จ.พิจิตร					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีคือผลHbA1C,มากกว่า7ที่มีชื่อปรากฏตามทะเบียนราษฎร์ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีคือผลHbA1C,มากกว่า7ได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	น้อยกว่า 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 ขึ้นไป
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ. / รพ.สต.					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 9 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	ทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นายสมาน ทันต์เจริญกิจ 095-6359261					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์ 2					

แผนงานที่ 9 อายุรกรรม

KPI No.2.09.073	PI 73 : อัตราตายด้วย Sepsis ลดลงจากปีที่ผ่านมา					
คำนิยาม	อัตราการตายด้วย Sepsis หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค Sepsis ICD 10 A40-A41 Severe sepsis :R651 septic shock :R572					
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis Septic shock Severe sepsis ลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยเทียบกับค่า base Line					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis Septic shock Severe sepsis					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xp					
แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย Sepsis Septic shock Severe sepsis Sevre sepsis : R651 Septic shock : R572) ในปีที่ผ่านมา					
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วย Sepsis Septic shock Severe sepsis (ICD 10 A40-A41 Severe sepsis:R651 septic shock :R572) R651 Septic shock : R572)) ในปีที่ผ่านมา					
สูตรคำนวณ	$A/B*100$					
หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ					
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน					
เกณฑ์การประเมินผล	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	ลดลงจาก BL ร้อยละ 1-5	ลดลงจาก BL ร้อยละ 6-10	ลดลงจาก BL ร้อยละ 11-15	ลดลงจาก BL ร้อยละ 16-19	ลดลงจาก BL ร้อยละ 20 ขึ้นไป	
	ดูจากค่า BL ของแต่ละพื้นที่					
ผู้ประสานตัวชีวิต	นพ.ศรวิทย์ นราธรสวัสดิกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ประธาน PM อายุรกรรม โทร นายประพันธ์ เข้มแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร โทร 085-0508432					

KPI No.2.09.074	PI 74 : อัตราตายด้วย Pneumonia ลดลงจากปีที่ผ่านมา					
คำนิยาม	การตายด้วย Pneumonia หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย Pneumonia (ICD J 10 - J 18) แล้วเสียชีวิต					
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีภาวะ Pneumonia (ICD 10 J10 - J18)					
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos Xp					
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย Pneumonia (ICD 10 J10 - J 18) ในปีที่ผ่านมา					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วย Pneumonia ทั้งหมด (ICD 10 J10 - J 18) ในปีที่ผ่านมา					
สูตรคำนวณ	$A/B*100$					
หน่วยที่ใช้ในการ วัด	ร้อยละ					
ระยะเวลา ประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน					
เกณฑ์การ ประเมินผล	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	ลดลงจาก BL ร้อยละ 1-5	ลดลงจาก BL ร้อยละ 6-10	ลดลงจาก BL ร้อยละ 11-15	ลดลงจาก BL ร้อยละ 16-19	ลดลงจาก BL ร้อยละ 20 ขึ้นไป	
	ดูจากค่า BL ของแต่ละพื้นที่					
ผู้ประสาน ตัวชี้วัด	นพ.ศรวิทย์ นราธรสวัสดิกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ประธาน PM อายุรกรรม โทร นายประพันธ์ เข้มแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร โทร 085-0508432					

KPI No.2.09.075	PI : 75 อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด (Success Rate)					
หน่วยวัด / เกณฑ์	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา					
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค					
นิยาม / คำอธิบาย	อัตราการวัดผลสำเร็จ หมายถึง อัตราการวัดผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ซึ่งประกอบ ด้วยการรักษาหาย (Cure) และจำนวนการรักษาครบ (Complete) รวมกัน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา					
การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรคำนวณ)	จำนวนผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน X 100 จำนวนผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา					
เกณฑ์ในการให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5
	กลุ่มที่ 1 พื้นที่ Success Rate ร้อยละ 50-70	10	20	30	40	50
	กลุ่มที่ 2 พื้นที่ Success Rate มากกว่าร้อยละ 70			81-85	86-90	90-100
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลการรับบริการของโรงพยาบาล - ทะเบียนการรับบริการของโรงพยาบาล 					
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการบริการทะเบียนของโรงพยาบาล					
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	เดือนละ 3 เดือน/ ครั้ง					
ผู้ดูแลกำกับตัวชี้วัด	นางเริงฤดี วีระวงศ์พรหม	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
ผู้จัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด	นางเริงฤดี วีระวงศ์พรหม	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
จัดทำโดย	นางเริงฤดี วีระวงศ์พรหม	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
ตรวจสอบโดย	PM आयुรกรรม	ลายมือชื่อ				
รับรองโดย	ประธานยุทธศาสตร์ที่ 2	ลายมือชื่อ				

KPI No.2.09.076	PI : 76 ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในการรักษา 12 เดือนหลังรับยาต้านไวรัส					
คำนิยาม	<p>1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในการรักษา 12 เดือนหลังรับยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่และรับประทานยาต้านไวรัสตามแนวทางการรักษา มารับยาตามนัดอยู่ในการรักษา 12 เดือนหลังรับยาต้านไวรัส</p> <p>2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ระบบบริการได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลรัฐ ทุกแห่ง</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ90.0					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทุกคน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลให้ครบตามโปรแกรมNap plus ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ					
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมNap plus (สำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ปี 2550)					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง/B ตัวหาร	<p>A = ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในการรักษา12เดือนหลังรับยาฯ ในช่วงเวลาที่รายงาน</p> <p>B = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งหมดในช่วงเวลาที่รายงาน</p>					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
	ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในการรักษา 12 เดือนหลังรับยาต้านไวรัส	ต่ำกว่าร้อยละ 85	85 -88	89 - 92	93 - 96	97-100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประธานตัวชี้วัด	<p>กลุ่มงานควบคุมโรค (เอตส์ฯ)</p> <p>นางภัศรรา จันทนาคร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>					

KPI No.2.09.077	<p>PI : 77 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก</p> <p>1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง เมื่อเทียบกับอัตราป่วยที่คำนวณมาจากค่ามัธยฐานผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (2553-2557)</p> <p>2. อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.12</p>
คำนิยาม	<p>จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (ราย) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และหรือมีผลตามเกณฑ์ห้องปฏิบัติการ ว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF) Dengue Hemorrhagic (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2559 ถึงช่วงเวลาที่ยังรายงาน</p> <p>อัตราป่วยไข้เลือดออกต่อแสนประชากร</p> $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (ราย) ปี 2559} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2558}}$ <p>ร้อยละของอัตราป่วยที่ลดลง = $\frac{(A1 - \text{อัตราป่วย ปี 2559}) \times 100}{A1}$</p> <p>***หมายเหตุ A1 หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคนที่คำนวณมาจากค่ามัธยฐานผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (2553-2557)</p> <p>จำนวนผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก (ราย) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และหรือ มีผลตามเกณฑ์ห้องปฏิบัติการ ว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF) Dengue Hemorrhagic (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) แล้วเสียชีวิต ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2559 ถึงช่วงเวลาที่ยังรายงาน</p> <p>ร้อยละของอัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก</p> $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก (ราย)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (ราย)}}$
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกที่ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง หมายถึง ค่าเป้าหมายของการดำเนินงาน ปี 2559 เป็นข้อมูลจำแนกรายอำเภอ</p> <p>อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.12 หมายถึง ข้อมูลอัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกต่อประชากรที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน ร้อยละ 0.12</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย/เป้าหมายดำเนินการ	จำนวนประชากรกลางปี 2559 หมายถึง จำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่ กลางปี 2559
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.อำเภอส่ง รง.506</p> <p>2.ประสานงานระดับวิทยา</p>
แหล่งข้อมูล	งานระดับวิทยาลัยสสจ.พิจิตร รง.506 รง.ผู้ป่วย/ตาย

KPI No.2.09.077	PI : 77 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง เมื่อเทียบกับอัตราป่วยที่คำนวณมาจากค่ามัธยฐานผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (2553-2557) 2. อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.12					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราป่วยไข้เลือดออกต่อแสนประชากร $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (ราย) ปี 2559} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2558}}$ ร้อยละของอัตราป่วยที่ไข้เลือดออกที่ลดลง = $\frac{(A1 - \text{อัตราป่วย ปี 2559}) \times 100}{A1}$ ร้อยละของอัตราป่วยตายไข้เลือดออก $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก (ราย)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (ราย)}}$					
เกณฑ์การให้	คะแนน	1	2	3	4	5
	รายละเอียด *** หมายเหตุ 1.อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละเมื่อเทียบกับอัตราป่วยที่คำนวณมาจากค่ามัธยฐานผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (2553-2557) 2 อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.12 (ไม่นำมาคิดในระดับอำเภอ)	ลดลง > ร้อยละ 4 จาก BL รายอำเภอ	ลดลง > ร้อยละ 8 จาก BL รายอำเภอ	ลดลง > ร้อยละ 12 จาก BL รายอำเภอ	ลดลง > ร้อยละ 16 จาก BL รายอำเภอ	ลดลง > ร้อยละ 20 จาก
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
ผู้ให้ข้อมูล / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายประพันธ์ เข้มแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (กลุ่มงานควบคุมโรค) โทรศัพท์มือถือ : 085-0508432 โทรศัพท์สำนักงาน : 056 – 990352-3 ต่อ 135-6 Email : soyur39@hotmail.com 2. น.ส.อมรรัตน์ กัลป์เจริญศรี นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์มือถือ : 086-9299619 โทรศัพท์สำนักงาน : 056 – 990352-3 ต่อ 135-6 3. น.ส.สร้อยรัช ศรีคำ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 091-3831686 โทรศัพท์สำนักงาน : 056 – 990352-3 ต่อ 135-6					

KPI No.2.09.078	PI : 78 อัตราตายด้วย Streptococcus suis ลดลงจากปีที่ผ่านมา				
คำนิยาม	อัตราการตายด้วย Streptococcus suis หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค Streptococcus suis ICD 10 A498				
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย Streptococcus suis ลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยเทียบกับค่า base Line				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลางปี 2558				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos Xp				
แหล่งข้อมูล	43 แห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย Streptococcus suis Sevre sepsis : R651 Septic shock : R572)) ในปีที่ผ่านมา				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรกลางปี 2558				
สูตรคำนวณ	$A/B*100000$				
หน่วยที่ใช้ในการวัด	อัตราต่อแสนประชากร				
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมินผล	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ลดลงจาก BL ร้อยละ 1-5	ลดลงจาก BL ร้อยละ 6-10	ลดลงจาก BL ร้อยละ 11-15	ลดลงจาก BL ร้อยละ 16-19	ลดลงจาก BL ร้อยละ 20 ขึ้นไป
	ดูจากค่า BL ของแต่ละพื้นที่				
ผู้ประสานตัวชี้วัด	นพ.ศรัวิทย์ นราธรสวัสดิกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ประธาน PM อายุรกรรม โทร นายประพันธ์ เข้มแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร โทร 085-0508432				

แผนงานที่ 10 ภาวะฉุกเฉินทางสังคม (รอพี่ต้า)

KPI No.2.09.079	Pi : 79 ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

Template ยุทธศาสตร์ที่ 3 ธรรมชาติ (คน ,เงิน ,ของ ,GG ,DHS) (คุณภาพและคุณธรรม)

แผนงานที่ 1 ทรัพยากรบุคคล

KPI No.3.01.080	PI : 80 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล					
คำนิยาม	การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดย มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้ 1. หน่วยงานมีแผนอัตรากำลังและฐานข้อมูลบุคลากรทำถูกต้อง เป็นปัจจุบัน 2. หน่วยงานมีกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะและทักษะในการทำงาน 3. หน่วยงานมีระบบการบริหารผลงานและค่าตอบแทนที่เป็นธรรม					
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ ร้อยละ 100					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในหน่วยงาน 6 ประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว และจ้างเหมา หน่วยงานจังหวัดและระดับอำเภอ/โรงพยาบาลทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานและการประเมินผลโดย 1. การประมวลฐานข้อมูลบุคลากรโดยการส่ง E-mail และเอกสารให้จังหวัดทุกเดือน 2. การส่งเอกสารรายงานให้จังหวัดทุก 6 เดือน 3. การนิเทศงาน					
แหล่งข้อมูล	รายงานเอกสาร /การนิเทศงาน					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง/B ตัวหาร	A หมายถึง..จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินการตามแผน (1+2+3) B หมายถึง...จำนวนหน่วยงานจังหวัด/อำเภอทั้งหมด...					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	-	-	≥80	≥90	100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอและโรงพยาบาลทุกแห่ง					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด PM/ผู้รับผิดชอบงาน	นางสมหมาย ล้อศิริรัตน์ โทร 086-4415991 นายวัชรินทร์ เวชวิริยกุล โทร 087-7312079 E-mail : koonhuai@hotmail.com					
ผู้กำกับตัวชี้วัดประธานยุทธศาสตร์	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติติกุล โทร 086-4415991 E-mail : duang_69@hotmail.com					

KPI No.3.01.081	PI : 81 หน่วยงานมีแผนอัตรากำลัง					
คำนิยาม	<p>1. ฐานข้อมูลบุคลากร หมายถึง ฐานข้อมูลบุคลากรของหน่วยงานทั้ง 6 ประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวและจ้างเหมา</p> <p>2. แผนอัตรากำลัง หมายถึง การวางแผนหรือการคาดคะเนจำนวนและประเภทพนักงานที่มีความสามารถเหมาะสมที่จะมาปฏิบัติงานให้พอเพียงกับขนาดขององค์กร เพื่อความเหมาะสมของขนาดองค์กรในอนาคต การวางแผนอัตรากำลังครั้งนี้ จัดเป็นการวางแผนประเภทหนึ่ง ซึ่งปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขใช้แนวคิดของงานบริการหลักคำนวณจากภาระงาน ในสายการผลิตที่สำคัญ (Production line) = FTE งานบริการที่จำเป็น (Service Based) และงานบริการปฐมภูมิ (population based) มาเป็นตัวกำหนด</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ 4					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากร 6 ประเภท หน่วยงานจังหวัดและระดับอำเภอ/โรงพยาบาลทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-การตรวจสอบฐานข้อมูลบุคลากรโดยส่ง Email และเอกสารให้จังหวัดทุกเดือน -ตรวจสอบแผนอัตรากำลังรายหน่วยงาน					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลบุคลากร การคิดกรอบอัตรากำลังตาม FTE รายหน่วยงาน					
รายการข้อมูล	ระดับความสำเร็จ คะแนน 1 - 5					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-					
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
	1 คะแนน	จัดทำฐานข้อมูลบุคลากร 6 ประเภท				
	2 คะแนน	มีกรอบอัตรากำลังของหน่วยงาน				
	3 คะแนน	วิเคราะห์ส่วนขาด/จัดเรียงลำดับความสำคัญ				
	4 คะแนน	วางแผนอัตรากำลัง/สรรหาตามแผน				
	5 คะแนน	ติดตามประเมินผล				
	กำหนดระดับความสำเร็จ (milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาตามความก้าวหน้าของระดับการดำเนินงานตามเป้าหมาย แต่ละระดับดังนี้					
		ระดับความสำเร็จ				
	คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	1	✓				
2	✓	✓				
3	✓	✓	✓			
4	✓	✓	✓	✓		
5	✓	✓	✓	✓	✓	

KPI No.3.01.081	PI : 81 หน่วยงานมีแผนอัตรากำลัง
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลทุกแห่ง
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 12 เดือน
หน่วยงาน ประมวผล	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด PM / ผู้รับผิดชอบงาน	นางสาวทิพนธ์ มาตะภาพ โทร. 099-3695864 Email : tippaned27@gmail.com นางชุตินา อรัญพฤกษ์ โทร. 088-4416059 Email : kungchtuimar@gmail.com
ผู้กำกับตัวชี้วัด ประธานยุทธศาสตร์	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติติกุล โทร 086-4415991 E-mail : duang_69@hotmail.com

KPI No.3.01.082	PI : 82 หน่วยงานมีแผนพัฒนาบุคลากร					
คำนิยาม	<p>1. การวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการพัฒนา (Training Need) หมายถึง การประมวลความต้องการที่จะพัฒนาหรือเรียนรู้ในเรื่องหรือหัวข้อที่ผู้ปฏิบัติอยากได้ หรือหัวหน้ากำหนดให้ไปเรียนรู้ซึ่งอาจเป็นทั้งภายในและภายนอก</p> <p>2. แผนพัฒนาบุคลากร หมายถึง กิจกรรมการปรับปรุงสมรรถนะในการทำงานและส่งเสริมความก้าวหน้าของพนักงานในองค์กร ซึ่งหมายรวมถึงการศึกษา (Education) การฝึกอบรม (Training) การพัฒนา (Development) ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนงาน การปฐมนิเทศ การให้ทดลองงาน การศึกษาด้วยตนเอง การศึกษาผ่านระบบ electronic เป็นต้น</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ 4					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานจังหวัดและระดับอำเภอ/โรงพยาบาลทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลทางอิเล็กทรอนิกส์ / การนิเทศงาน / การประเมินผลงานปลายปี					
แหล่งข้อมูล	<p>1 ประมวลทางอิเล็กทรอนิกส์จาก Wap</p> <p>2 ผลการนิเทศงาน</p> <p>3 แผนงาน/โครงการเอกสาร</p>					
รายการข้อมูล	ระดับความสำเร็จ คะแนน 1-5					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
	1 คะแนน	วิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการพัฒนา				
	2 คะแนน	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร สอดคล้องยุทธศาสตร์ ทิศทางนโยบาย				
	3 คะแนน	บูรณาการแผนพัฒนาบุคลากร				
	4 คะแนน	ดำเนินการตามแผน				
	5 คะแนน	ติดตามประเมินผล				
	กำหนดระดับความสำเร็จ (milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาตามความก้าวหน้าของระดับการดำเนินงานตามเป้าหมาย แต่ละระดับดังนี้					
		ระดับความสำเร็จ				
	คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	1	✓				
	2	✓	✓			
	3	✓	✓	✓		
	4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลทุกแห่ง					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1/ 3 / 6 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นายวัชรินทร์ เวชวิริยกุล โทร 087-7312079 E-mail : koonhuai@hotmail.com					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล โทร 086-4415991 E-mail : duang_69@hotmail.com					

KPI No.3.01.083	PI : 83 หน่วยงานมีระบบบริหารผลงาน				
คำนิยาม	<p>1. หลักเกณฑ์และวิธีการบริหารผลงาน หมายถึง การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน โดยเป็นการประเมินว่า ผลการปฏิบัติราชการที่เกิดขึ้นจริงในรอบการประเมินได้ตามค่าเป้าหมาย (goal) มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ จะเริ่มจากการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPI = key performance Indicator) และหรือ ตัวชี้วัด กระบวนการ (PI : Process Indicator) มาสะท้อนหรือกำหนดเป็นค่าเป้าหมาย (goal) เพื่อเป็นเกณฑ์ ในการวัดผลสัมฤทธิ์</p> <p>2. การถ่ายทอดตัวชี้วัดขององค์กรจากบนลงล่าง (Goal cascading method) หมายถึง การกำหนด เป้าหมายระดับหน่วยงาน (Department goal) ที่ต้องการให้บรรลุผล ถ่ายระดับหรือถ่ายทอดลงไปสู่ เป้าหมายระดับบุคคล (Individual goal) แล้วทำการประเมินโดยเทียบผลที่ทำได้จริงกับเกณฑ์ค่า เป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อสรุปเป็นคะแนนการประเมินผลสัมฤทธิ์</p> <p>3. การกำหนดผังหรือผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด หมายถึง มีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายระดับบุคคล โดย สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร และมีวิธีสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาไว้ด้วย</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ 3				
ประชากร	หน่วยงานจังหวัดและระดับอำเภอ/โรงพยาบาลทุกแห่ง				
กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากร 6 ประเภท				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การส่งเอกสารรายงานให้จังหวัดทุก 6 เดือน หลังรอบการประเมิน				
แหล่งข้อมูล	รายงานการประชุมของ คบสอ.(ประธาน/รองประธาน)				
รายการข้อมูล	ระดับความสำเร็จ คะแนน 1-5				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน			
	1 คะแนน	กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการประเมินผลงาน			
	2 คะแนน	ถ่ายทอดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ขององค์กรจากบนลงล่าง			
	3 คะแนน	มีการกำหนดผังหรือผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดชัดเจน			
	4 คะแนน	ติดตามความก้าวหน้า			
	5 คะแนน	สรุปผลสัมฤทธิ์ของงานและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง			
	กำหนดระดับความสำเร็จ (milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาตามความก้าวหน้าของ ระดับการดำเนินงานตามเป้าหมาย แต่ละระดับดังนี้				
		ระดับความสำเร็จ			
คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

KPI No.3.01.083	PI : 83 หน่วยงานมีระบบบริหารผลงาน
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลทุกแห่ง
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 / 12 เดือน
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสมหมาย ล้อศิริรัตน์ โทร 086-4415991 E-mail : p_nong04@yahoo.com
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล โทร 086-4415991 E-mail : duang_69@hotmail.com

แผนงานที่ 2 เรื่อง การเงินการคลัง

KPI No.3.02.084	PI : 84 ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง					
คำนิยาม	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ผลรวมของ ดัชนีชี้วัดทั้ง5ตัวได้แก่ 1.ระดับความสำเร็จในการบริหารแผนการเงินการคลัง สัดส่วน 20 2.ผลการประเมินคุณภาพบัญชี สัดส่วน 35 3.หน่วยงานมีปัญหาทางการเงินไม่เกินระดับ7 สัดส่วน 20 4.เงินบำรุงของรพ.สต.คงเหลือสุทธิเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 10 5.ร้อยละของหน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ สัดส่วน 15					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ / อัตรา					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพท./รพช/สสอ./รพ.สต.					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลทางอิเล็กทรอนิกส์ / การรายงานโดย.... / การประเมินผลโดย.....					
แหล่งข้อมูล	รายงานการเงินของหน่วยบริการ					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง..... B หมายถึง.....					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	50-59.99	60-69.99	70-79.99	80-89.99	90-100
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	คณะกรรมการ PM 2					
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 12 เดือน					
หน่วยงาน ประมวลผล	คณะกรรมการ PM 2					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางจรรยา นราธรรสวัสดิกุล					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร ประธานยุทธศาสตร์					

KPI No.3.02.085	PI : 85 หน่วยบริการทุกแห่งมีการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผน	
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดพิจิตร โดยหน่วยบริการมีการจัดทำแผนรายได้-ค่าใช้จ่าย Planfin ให้หน่วยบริการ เป็นผู้จัดทำแผนการเงินทั้ง 6 แผน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย 5 ช่องรายการ ได้แก่ . รหัสรายการ : เพื่อดูการจัดกลุ่มรายการตามผังบัญชี . รายการ : ประกอบด้วยประเภทรายได้ ค่าใช้จ่าย ส่วนต่างรายได้หัก ค่าใช้จ่าย (NI) เงินทุน สำรองสุทธิ (NWC) เงินบำรุงคงเหลือ หนี้สินและภาระผูกพัน 2. แผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 3. แผนบริหารจัดการเจ้าหน้าที่ 4. แผนบริหารจัดการลูกหนี้ 5. แผนการลงทุน 6. แผนสนับสนุน รพ.สต 	
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยบริการทุกแห่งมีการจัดทำแผนและดำเนินการตามแผน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สสอ./รพสต./สสจ.	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลทางอิเล็กทรอนิกส์ / การรายงานโดย ส่งเอกสารและFile / การประเมินผลโดย.....	
แหล่งข้อมูล	รายงานเอกสาร และ ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
	1 คะแนน	มีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานการจัดทำและวิเคราะห์ Planfin
	2 คะแนน	มีการอนุมัติแผนในรูป คบสอ.
	3 คะแนน	มีการติดตามควบคุมและประเมินผลโดย คบสอ.
	4 คะแนน	มีแผนแก้ไขปัญหา
	5 คะแนน	ผลลัพธ์เป็นไปตามแผน เกณฑ์ผลลัพธ์ ดังนี้ รายได้ดำเนินการตามแผน ไตรมาสที่ 1 อยู่ในช่วง มากกว่าร้อยละ 20 ไตรมาสที่ 2 มากกว่าร้อยละ 45 ไตรมาสที่ 3 มากกว่าร้อยละ 75 ไตรมาสที่ 4 มากกว่าร้อยละ 95 ค่าใช้จ่ายควบคุมได้ ไม่เกินแผน ไตรมาสที่ 1 อยู่ในช่วง น้อยกว่า ร้อยละ 30 ไตรมาสที่ 2 น้อยกว่าร้อยละ 55 ไตรมาสที่ 3 น้อยกว่าร้อยละ 80 ไตรมาสที่ 4 น้อยกว่าร้อยละ 100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	ระดับอำเภอได้แก่ คบสอ. ระดับจังหวัดกลุ่มงานประกันสุขภาพ	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 / 6 / 9/12 เดือน	
หน่วยงานประมวลผล	ระดับอำเภอได้แก่ คบสอ. ระดับจังหวัดกลุ่มงานประกันสุขภาพ	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาววัชรพร ทองคอนซันต์ ผู้รับผิดชอบงาน	
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล ประธานยุทธศาสตร์	

KPI No.3.02.086	PI : 86 ผลการประเมินคุณภาพบัญชี					
คำนิยาม	ผลการประเมินคุณภาพบัญชี หมายถึง ผลรวมของผลการประเมินระบบควบคุมภายในด้านบริหารจัดการและผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้างทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วย บัญชีเงินสดและเงินฝากธนาคาร ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล วัสดุคงเหลือ ที่ดินและครุภัณฑ์ เจ้าหนี้การค้า รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่นๆ และค่าใช้จ่าย โดยแบ่งสัดส่วนดังนี้ 1. ผลการประเมินระบบควบคุมภายในด้านบริหารจัดการ 50 2. ผลการตรวจสอบคุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้างทั้ง 7 ด้าน					
เกณฑ์เป้าหมาย	คะแนนจากการประเมินเพิ่มขึ้น					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลพิจิตรและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวม 12 แห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินผลโดย สุ่มสำรวจตรวจสอบหลักฐานการบันทึกบัญชี เอกสารต่างๆและสัมภาษณ์					
แหล่งข้อมูล	หลักฐานการบันทึกบัญชี คำสั่งและเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง คะแนนที่ได้จากการประเมิน B หมายถึง คะแนนรวมของหัวข้อที่ประเมิน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	50-59.99	60-69.99	70-79.99	80-89.99	90-100
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนาและตรวจคุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง					
ระยะเวลา ประเมินผล	9 เดือน					
หน่วยงาน ประมวลผล	งานการเงินและบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวศศิวรรณ อินทร์รักษา ผู้รับผิดชอบงานบัญชีเกณฑ์คงค้าง					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล ประธานยุทธศาสตร์					

KPI No.3.02.087.1	PI : 87.1 จำนวนหน่วยบริการมีปัญหาทางการเงินไม่เกินระดับ 7					
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจิตร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- ดัชนีชี้วัดภาวะวิกฤต 7 ระดับ (ระดับ 1 = 1 คะแนน, ระดับ 2 = 2 คะแนน, ระดับ 3 = 3 คะแนน, ระดับ 4 = 4 คะแนน,ระดับ 5 = 5 คะแนน, ระดับ 6 = 6 คะแนน, ระดับ 7= 7 คะแนน) ระดับ7 = รุนแรงมากที่สุด, ระดับ1= รุนแรงน้อยที่สุด, ระดับ 0 = ปกติ ว่างจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> • Current Ratio น้อยกว่า 1.5 = 1 คะแนน • Quick Ratio น้อยกว่า 1 = 1 คะแนน • Cash & Cash Equivalence Ratio น้อยกว่า 0.8 = 1 คะแนน • ทุนสำรองสุทธิ Net working Capital เป็นลบ = 1 คะแนน • รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ Net Income เป็นลบ = 1 คะแนน • NWC/ANI (ทุนสำรองสุทธิตหารด้วย รายได้สูงต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิเฉลี่ยต่อเดือน) น้อยกว่า 3 เดือน = 2 คะแนน • NWC/ANI (ทุนสำรองสุทธิตหารด้วยรายได้สูงต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิเฉลี่ยต่อเดือน) อยู่ระหว่าง 3-6 เดือน =1 คะแนน 					
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลทางอิเล็กทรอนิกส์ / การรายงานโดย ส่งเอกสารและFile / การประเมินผลโดย.....					
แหล่งข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งทางเว็บไซต์ (http://hfo.cof.in.th)					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	วิกฤติ ระดับ	7	5 - 6	3 - 4	1 - 2	0
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกสิ้นเดือน (12 เดือน)					
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.วัชรินทร์ ทองดอนขันธ์					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล					

KPI No.3.02.087.2	PI : 87.2 เงินบำรุงของรพ.สต.คงเหลือสุทธิเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน						
คำนิยาม	เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ หมายถึง เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สินทั้งหมด รวมทั้งงบลงทุนUC และเงินอื่นที่ได้มาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะให้ดำเนินงาน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนหมายถึง ผลรวมของค่าใช้จ่ายงบดำเนินงานที่เป็นงานประจำของรพ.สต.หารด้วยจำนวนเดือน ณ เดือนที่รายงาน						
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า 3 เดือน						
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลทางอิเล็กทรอนิกส์ / การรายงานโดย.... / การประเมินผลโดย.....						
แหล่งข้อมูล	รายงานการเงินประจำเดือน						
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ B หมายถึง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A /B)						
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	
	ร้อยละ/อัตรา	1	2	3	4	5หรือมากกว่า	
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต.ทุกแห่ง						
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 / 6 / 9/12 เดือน						
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ						
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาววัชรินทร์ ทองดอนขันธ์						
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล ประธานยุทธศาสตร์						

KPI No.3.02.088	PI : 88 ร้อยละหน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการหมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัด พิษณุตร</p> <p>2. ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ (total cost) ต่อหน่วย น้ำหนัก โดยผู้ป่วยนอกใช้จำนวนครั้ง ผู้ป่วยในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์ ค่าง ในลักษณะ Cost to charge โดยราคาเรียกเก็บ (ราคา charge) ใช้ราคาค่า รักษาพยาบาล OPD และ IPD</p> <p>3. เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean +1SD) โดยกำหนดต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่า มีปัญหาประสิทธิภาพ</p> <p>4. กลุ่มระดับบริการ หมายถึง กลุ่มของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและ เผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ www.higthai.org และ http://hfo.cfo.in.th</p> <p>5. ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ประสิทธิภาพการควบคุม ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ 2 องค์ประกอบ 1) การจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการ ลดลง การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อลดการลงทุน และการบริหารระบบคลังและการจัดซื้อร่วม เพื่อลดต้นทุน 2) การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามปัญหาของแต่ละหน่วยซึ่งมี ค่าใช้จ่ายสูงในหมวดต่างๆ กัน โดยต้นทุนรวมทั้ง ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) ต้นทุนวัสดุ (Material cost : MC) ต้นทุนลงทุน (Capital cost : CC) ต้นทุนดำเนินการ (Operating cost : OC) ลดลงอย่างเหมาะสม ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ โดยต้นทุนต่อหน่วย ของโรงพยาบาลไม่เกินค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ไม่เกิน mean +1SD) ของ กลุ่มระดับบริการ</p> <p>โดยหน่วยบริการมีการจัดทำต้นทุนบริการที่เป็นมาตรฐานครบ 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีแผนพัฒนาการจัดทำต้นทุน Unit Cost ไว้ในแผนการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาล และมีคณะทำงานร่วมจากฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 2) มีผู้รับผิดชอบการตรวจสอบข้อมูลบริการ Service Data สำหรับทำ Unit Cost แบบ Quick Method 3) มีการรายงานต้นทุน Unit Cost แบบ Quick Method ให้ผู้บริหารรับทราบ ทุกเดือน 4) ต้นทุน OPD และ ต้นทุน IPD ของ รพ.ไม่สูงกว่าค่าเฉลี่ย รพ.ในกลุ่มระดับเดียวกันเมื่อเทียบ ไตรมาส 5) รพ. มีการจัดทำต้นทุน Modified Full Cost อย่างต่อเนื่อง (ดูจากรายงานต้นทุน)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80

KPI No.3.02.088	PI : 88 ร้อยละหน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน mean +1SD ของกลุ่มระดับบริการ B หมายถึง จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 / 6 / 9 / 12 เดือน
หน่วยงานประมวลผล	จังหวัด และ สปสธ.
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางภฤดา แสงสินศรี
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล

แผนงานที่ 3 กฎหมาย เกี่ยวกับสุขภาพ และการควบคุมภายใน

KPI No.3.03.089	PI : 89 มีการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุขกับกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองได้อย่างถูกต้อง
KPI No.3.03.090	PI : 90 จำนวนเรื่องร้องเรียน ทั้งหมดได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ 100)
คำนิยาม	<p>เรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องที่ผู้ร้อง ได้รับความไม่ปลอดภัย ความไม่พึงพอใจ ความไม่เป็นธรรม ความเสียหาย หรือได้รับผลกระทบด้านอื่นๆ จากการปฏิบัติงาน ของ บุคลากร ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน จ.พิจิตร ได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด หมายถึง การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตามกำหนดเวลา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีเป็นเรื่องที่ไม่ได้อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ส่งเรื่องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับเรื่อง 2) กรณีเป็นเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย เป็นเรื่องร้องเรียนที่สามารถแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมโดยไม่มีการดำเนินการสอบสวนข้อเท็จจริง และไม่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน และอยู่ในอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งสามารถดำเนินการได้เองหรือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการภายใน 30 วัน <p>เงื่อนไขหรือหมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เรื่องร้องเรียนที่นำมาดำเนินการนั้นประกอบด้วย 2 กรณี <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีผู้ร้องเรียนชัดเจน มีการลงชื่อของผู้ร้องเรียน ที่อยู่ หรือเบอร์โทรศัพท์อย่างชัดเจน เพื่อจะได้สามารถติดต่อประสานเรื่องหรือข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้ร้องเรียน 1.2 บัตรสนเท่ห์ กรณีที่มีข้อมูลเบาะแส และผลกระทบต่อความเสียหายทางราชการ 2.กระบวนการทำงานมีความโปร่งใส มีคุณภาพ คุณธรรม ตรวจสอบได้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มีสมุดลงทะเบียน รับเรื่องร้องเรียน 2.2 มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน 2.3 มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานรับเรื่องร้องเรียน 2.4 มีเอกสารหลักฐานแสดงกระบวนการดำเนินการแก้ไขเรื่องร้องเรียน 2.5 มีรายงานผลการดำเนินการ 3. เรื่องร้องเรียนที่นำมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ได้แก่เรื่องร้องเรียนที่ส่งจากกลุ่มงานนิติการเพื่อให้พื้นที่ดำเนินการภายใต้ เงื่อนไข กระบวนการ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชน และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน
แหล่งข้อมูล	นิเทศงาน / รายงานเอกสาร

KPI No.3.03.090	PI : 90 จำนวนเรื่องร้องเรียน ทั้งหมดได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ 100)					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน (ขอให้กรอกข้อมูลผลการดำเนินงานให้ครบถ้วนตามประเด็นการประเมินผล พร้อมหลักฐานอ้างอิงที่สอดคล้องและชัดเจน)						
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละชั้นตอนปีงบประมาณ 2559					
1	มีสมุดลงทะเบียน รับเรื่องร้องเรียน					
2	มีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน					
3	มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานรับเรื่องร้องเรียน					
4	มีเอกสารหลักฐานแสดงกระบวนการดำเนินการแก้ไขเรื่องร้องเรียน					
5	มีรายงานผลการดำเนินการ					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	น้อยกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ 61-70	ร้อยละ 71-80	ร้อยละ 81-90	ร้อยละ 91 ขึ้นไป
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ./สสอ./สสจ.					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 / 6 / 9 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานนิติการ					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	PM / นายอำนวยการ บุญเพชร , นส.จารุณี ภักดีโต					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ประธานยุทธศาสตร์					

KPI No.3.03.090	PI : 90 จำนวนหน่วยงานมีระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน 5 ระดับ
คำนิยาม	<p>การตรวจสอบภายใน(Internal Auditing) หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่น และการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรม และเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่า และปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินระบบควบคุมภายใน และปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ</p> <p>การควบคุมภายใน(Internal Audit) หมายถึง กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความมั่นใจว่าการดำเนินงานของหน่วยงานจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายในด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงานซึ่งรวมถึง การดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือ การทุจริตในหน่วยงาน ด้านความเชื่อถือได้ของรายงานทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรี</p> <p>ความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน พิจารณาจากความสามารถของหน่วยงานในการปฏิบัติตาม ระเบียบ มาตรฐาน และแนวปฏิบัติตามที่กำหนด จำนวนของข้อบกพร่องที่ลดลง ข้อบกพร่องได้รับการแก้ไข ครบถ้วน ตามกำหนดเวลา และหน่วยงานจะต้องมีการจัดวางระบบควบคุมภายในที่ดี ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p> <p>ความสำเร็จของการควบคุมภายในของหน่วยงาน จะพิจารณาจากความสามารถของหน่วยงานในการควบคุมภายในตามระเบียบของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544 (ข้อ 5 และข้อ 6) และแนวทางการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่ได้กำหนดไว้ในระเบียบฯ</p> <p>การประเมินผลการควบคุมภายใน ตามมาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม 2. การประเมินความเสี่ยง 3. กิจกรรมการควบคุม 4. สารสนเทศและการสื่อสาร 5. การติดตามประเมินผล <p>รายงานการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ.2544ข้อ 6 ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปย.1) 2. รายงานผลการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน (ปย.2) 3. หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปอ.1) 4. รายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปอ.2) 5. รายงานแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน (ปอ.3) <p>รายงานผลการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบฯ (ปส)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และ คปสอ.ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เอกสารหลักฐานที่ได้จากคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

KPI No.3.03.090	PI : 90 จำนวนหน่วยงานมีระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน 5 ระดับ				
แหล่งข้อมูล	1. แผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ 2559 และที่แก้ไขเพิ่มเติมระหว่างปี 2. รายงานผลการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ 2559 3. รายงานความเห็นของหน่วยรับตรวจต่อข้อบกพร่อง / ข้อเสนอแนะ ของผู้ตรวจสอบภายใน 4. รายงานการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ.2544ข้อ 6				
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง หน่วยงานที่ได้คะแนนจากการประเมินระดับ 5 B หมายถึง จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ประเมิน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100				
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน			
	กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมาย แต่ละระดับ ดังนี้				
		ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)			
	ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4
	1	✓			
	2	✓	✓		
	3	✓	✓	✓	
	4	✓	✓	✓	✓
	5	✓	✓	✓	✓
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน			
	ระดับ 1	หน่วยงานมีการประเมินผลระบบควบคุมภายใน ในหน่วยงาน โดยใช้แบบสอบถาม ระบบควบคุมภายใน ประเมินตนเองตามข้อเท็จจริง และหน่วยงานมีการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) จำแนก และพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่มีอยู่ โดยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) ภายใน 30 พฤศจิกายน 2558			
	ระดับ 2	ผ่านระดับ 1 และหน่วยงานมีการนำความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินความเสี่ยง ไปดำเนินการควบคุมความเสี่ยงด้วยวิธีการที่เหมาะสม โดยมีการกำหนดกิจกรรมการควบคุม (Control Activities) และการปฏิบัติต่างๆ ที่กระทำเพื่อลดความเสี่ยง ลดความสูญเสียหรือโอกาสที่จะเกิดผลกระทบให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้และทำให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เช่น การกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงให้กับบุคลากรภายในองค์กร เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับความเสี่ยงนั้นได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดภายใน 31 ธันวาคม 2558			

KPI No.3.03.090	PI : 90 จำนวนหน่วยงานมีระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน 5 ระดับ	
	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
	ระดับ 3	ผ่านระดับ 1 – 2 และหน่วยงานมีการจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ.2544ข้อ 6 และจัดส่งทันตามกำหนดเวลา รอบ 12 เดือน (ปีงบประมาณ 2558) ภายใน 31 ธันวาคม 2558 / รอบ 6 เดือน ภายใน 30 เมษายน 2559
	ระดับ 4	ผ่านระดับ 1 – 3 และหน่วยงานมีระบบการตรวจสอบภายใน หรือได้รับการตรวจสอบภายในจากคณะกรรมการตรวจสอบภายใน และมีกระบวนการกำกับ ติดตามการแก้ไข ข้อบกพร่อง / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจสอบ พร้อมทั้งรายงานความเห็นข้อบกพร่อง / ข้อเสนอแนะ ให้ผู้ตรวจสอบภายในทราบภายใน 30 วัน หลังจากรับรายงานผลการตรวจสอบเบื้องต้น
	ระดับ 5	ผ่านระดับ 1 – 4 และมีการแก้ไขข้อบกพร่องครบถ้วน ทันตามกำหนดเวลาตามรายงานสรุปผลการตรวจสอบภายใน ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานตรวจสอบและควบคุมภายใน สสจ.พิจิตร	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 / 12 เดือน	
หน่วยงานประมวลผล	งานตรวจสอบและควบคุมภายใน สสจ.พิจิตร	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวสุมลลิกา อ.สงวน (ผู้รับผิดชอบงาน)	
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติติกุล (ประธานยุทธศาสตร์)	

แผนงานที่ 4 เรื่อง ระบบคุณภาพ

KPI No.3.04.092	PI : 92 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน					
KPI No.3.04.093	PI : 93 รพ.สต./ศสม.พัฒนาหน่วยงานตามมาตรฐาน PCA					
คำนิยาม	<p>รพ.สต. / ศสม. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งจำนวน 110 แห่ง /ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) อ.เมือง จำนวน 2 แห่ง คือ ศรีมาลา และสระหลวง</p> <p>มาตรฐาน PCA หมายถึง เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCA : Primary Care Award) ของกระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์ประกอบด้วย 3 ส่วน</p> <p>-ส่วนที่ 1 มี 3 หมวด คือการนำองค์กร / การวางแผนเชิงกลยุทธ์ /การให้ความสำคัญกับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>-ส่วนที่ 2 มี 3 หมวด คือ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล / ระบบบริการ(กระบวนการ) / การวัดวิเคราะห์ การจัดการความรู้</p> <p>-ส่วนที่ 3 มี 1 หมวด คือ ผลลัพธ์</p> <p>-พัฒนาตามระดับขั้น (ขั้นที่ 1-5) ประเมินระดับขั้นโดยใช้เกณฑ์คะแนน ADLI และ LeTCI</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.จำนวน 110 แห่ง /ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 2 แห่ง (ศรีมาลา และสระหลวง)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินผลโดยทีม PM คุณภาพ ระดับจังหวัด					
แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจประเมินของทีม PM คุณภาพ ระดับจังหวัด (Site Visit)					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวน รพ.สต./ศสม.ที่ผ่านการประเมินระดับ 3 ตามเกณฑ์ B หมายถึง จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมดในจังหวัด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	< 40	40 -59	60-79	80-99	100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สสจ.พิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (มีย.-กค.59)					
หน่วยงานประมวลผล	สสจ.พิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางมยุรี เข้มทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.พิจิตร					

KPI No.3.04.094	PI : 94 โรงพยาบาลธำรงรักษาการรับรองระบบคุณภาพตามมาตรฐาน HA และมีผลการประเมินคะแนน Over all scoring เพิ่มขึ้น					
KPI No.3.04.094.1	PI : 94.1 โรงพยาบาลอยู่ในกระบวนการรับรอง และมีคะแนน Over all scoring เพิ่มขึ้น					
คำนิยาม	*โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป ,รพ.ชุมชน ทุกแห่ง ยกเว้น รพช.เปิดใหม่ 3 แห่ง (F3) *รพ.อยู่ในกระบวนการรับรอง หมายถึง รพ.รักษาสุขภาพการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในช่วงระยะเวลาการรับรอง ตามที่ สรพ.กำหนด (ไม่หมดอายุการรับรอง) *คะแนน Over all scoring เพิ่มขึ้น หมายถึง ผลการประเมินคะแนนภาพรวมทุกหมวด เพิ่มขึ้น 0.5 เทียบกับผลการประเมินคะแนนครั้งล่าสุด					
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ 5 แห่ง					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพ. 9 แห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินผลโดยทีม PM คุณภาพ ระดับจังหวัด					
แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจประเมินของทีม PM คุณภาพ ระดับจังหวัด (Site Visit) ร่วมกับที่ปรึกษา สรพ.					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวน รพ.ที่เข้าสู่กระบวนการรับรองและมีผลการประเมินคะแนน Over all scoring ภาพรวมเพิ่มขึ้น 0.5 B หมายถึง จำนวน รพ.ทั้งหมดในจังหวัด (9 แห่ง)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนแห่ง					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7-8 แห่ง	9 แห่ง
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สสจ.พิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (มีย.-กค.59)					
หน่วยงานประมวลผล	สสจ.พิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางมยุรี เข็มทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.พิจิตร					

KPI No.3.04.094	PI : 94 โรงพยาบาลธำรงรักษาการรับรองระบบคุณภาพตามมาตรฐาน HA และมีผลการประเมินคะแนน Over all scoring เพิ่มขึ้น					
KPI No.3.04.094.2	PI : 94.2 จำนวน รพ.ที่กลุ่มวิชาชีพผ่านมาตรฐานบริการแต่ละวิชาชีพตามเกณฑ์					
คำนิยาม	<p>*กลุ่มวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ รวม 6 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทันตกรรม เภสัชกรรม พยาบาล เทคนิคการแพทย์ รังสีการแพทย์ แพทย์แผนไทย</p> <p>*มาตรฐานบริการแต่ละวิชาชีพ หมายถึง เกณฑ์หรือแนวทางการดำเนินงานของแต่ละวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ทันตกรรม ใช้เกณฑ์มาตรฐาน Thai Dental Safety Goal 2015) -เภสัชกรรม ใช้เกณฑ์ประเมินมาตรฐานเภสัชกรรม (13 ข้อ) ผ่านข้อ Major defect ทุกข้อ -พยาบาล ใช้มาตรฐานคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล QA ของสำนักการพยาบาล -เทคนิคการแพทย์ ใช้เกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือมาตรฐาน LA ของสภาเทคนิคการแพทย์ อย่างไม่อย่างหนึ่ง -รังสีการแพทย์ ใช้เกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ของกระทรวงสาธารณสุข -แพทย์แผนไทย ใช้เกณฑ์มาตรฐานบริการแพทย์แผนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข 					
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ 5 แห่ง					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ. ทุกแห่งรวม 9 แห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินผลโดยแต่ละกลุ่มวิชาชีพ หรือ พบส.หรือ คณะกรรมการตรวจประเมิน หรือ คณะกรรมการ Service plan แต่ละวิชาชีพ					
แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจประเมินของกลุ่มแต่ละวิชาชีพ					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวน รพ.ที่กลุ่มวิชาชีพ 6 กลุ่มวิชาชีพ ผ่านมาตรฐานบริการวิชาชีพตามเกณฑ์ที่กำหนด B หมายถึง จำนวน รพ.ทั้งหมดในจังหวัด (9 แห่ง)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนแห่ง					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	1-2 แห่ง	3-4 แห่ง	5-6 แห่ง	7-8 แห่ง	9 แห่ง
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สสจ.พิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (พค.-มิย.59)					
หน่วยงานประมวลผล	สสจ.พิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางมยุรี เข็มทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.พิจิตร					

KPI No.3.04.094	PI : 94 โรงพยาบาลธำรงรักษาการรับรองระบบคุณภาพตามมาตรฐาน HA และมีผลการประเมินคะแนน Over all scoring เพิ่มขึ้น												
KPI No.3.04.094.3	PI : 94.3 ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน รพ.คุณธรรม												
คำอธิบาย/นิยาม	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ :												
	ระดับ	การดำเนินการแต่ละขั้นตอนในปีงบประมาณพ.ศ. 2559											
	1	หน่วยงานประชุมชี้แจงและหาจุดร่วมที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติในการนำไปพัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม”											
	2	1. ดำเนินการระดับที่ 1 และ 2. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน 3. จำทำแผนเสริมสร้างการบริหารและพัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม”											
	3	1. ดำเนินการระดับที่ 2 และ 2. หน่วยงานดำเนินการตามแผนเสริมสร้างและพัฒนาการเป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม”											
	4	1. ดำเนินการระดับที่ 3 และ 2. หน่วยงานมีผลลัพธ์การดำเนินการพัฒนาหน่วยบริการเป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม”											
	5.	1. ดำเนินการระดับที่ 4 และ 2. หน่วยงานมีการประเมินผลการดำเนินการ และปรับปรุงแผนการบริหารพัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม”											
เกณฑ์การประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงานแต่ละระดับขั้นตอนของความสำเร็จ 5 ระดับ													
ระดับ	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ												
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5								
1	√												
2	√	√											
3	√	√	√										
4	√	√	√	√									
5	√	√	√	√	√								
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.มีระดับความสำเร็จการดำเนินงาน รพ.คุณธรรมเพิ่มขึ้นจากปี 2558 อย่างน้อย 1(ระดับ 5 คงสภาพ)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง												
การจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลประเมินตนเองตามเกณฑ์												
แหล่งข้อมูล	จากผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามเกณฑ์												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (ไตรมาสที่ 3)												
ผลการดำเนินงานปี 2558	รพ.พจ	รพ.วพ	รพ.พช	รพ.ร.ตพ	รพ.บน	รพ.พล	รพ.สง	รพ.ทค	รพ.สล	รพ.บร	รพ.ดจ	รพ.วช	
	4	3	3	4	4	3	2	2	2	3	2	4	
เป้าหมายปี 2559	รพ.พจ	รพ.วพ	รพ.พช	รพ.ร.ตพ	รพ.บน	รพ.พล	รพ.สง	รพ.ทค	รพ.สล	รพ.บร	รพ.ดจ	รพ.วช	
	5	4	4	5	5	4	3	3	3	4	3	5	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ นางธิติพร โตอุ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (089 - 6417080)												

KPI No.3.04.095	PI : 95 สสจ./สสอ.มีระบบการบริหารจัดการที่ดี (PMQA) ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระดับ 3					
คำนิยาม	สสอ. หมายถึง เครือข่ายอำเภอ 9 เครือข่าย (12 CUP) มาตรฐาน PMQA หมายถึง การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award) เป็นกรอบการบริหารจัดการองค์การที่ สนง.กพร.สนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์การด้วยตนเอง ครอบคลุมภาพรวมทุกมิติ ยกย่องระดับให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล ใช้แนวทางการบริหารจัดการแบบ ADLI					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ. 1 แห่ง , เครือข่ายอำเภอ 9 เครือข่าย (12 CUP)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินผลโดยทีม PM คุณภาพ ระดับจังหวัด					
แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจประเมินของทีม PM คุณภาพ ระดับจังหวัด (Site Visit)					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวน สสจ./เครือข่ายอำเภอ ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน PMQA ระดับ3 B หมายถึง จำนวน สสจ./เครือข่ายอำเภอ ทุกแห่ง (9 เครือข่าย 12 CUP)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	< 40	40 -59	60-79	80-99	100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สสจ.พิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (มิย.-กค.59)					
หน่วยงานประมวลผล	สสจ.พิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางมยุรี เข้มทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.พิจิตร					

KPI No.3.04.096.1	PI : 96.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการ (ภาพรวม)					
คำนิยาม	ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกใน รพ./รพ.สต. และผู้ป่วยในของ รพ.ทุกแห่ง โดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจของ สสจ.(พัฒนาและจัดทำโดยทีมจังหวัด)					
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ. /รพ.สต. ทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจโดยทีมระดับอำเภอ					
แหล่งข้อมูล	ผลการสำรวจจากทีมระดับอำเภอ					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวน รพ./รพ.สต.ที่ผลสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 B หมายถึง จำนวน รพ./รพ.สต. ทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	50-59	60-69	70-79	80-90	91-100
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	เครือข่ายอำเภอ ทุกแห่ง					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (มิย.-กค.59)					
หน่วยงานประมวลผล	สสจ.พิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางมยุรี เข็มทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.พิจิตร					

KPI No.3.04.096.2	PI : 96.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการ					
คำนิยาม	ผู้ให้บริการ หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ใน รพ./รพ.สต.ทุกแห่ง โดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจของ สสจ.(พัฒนาและจัดทำโดยทีมจังหวัด) เป็นแบบสำรวจความพึงพอใจในงาน และพึงพอใจต่อการบริหารจัดการ					
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่ รพ. /รพ.สต. ทุกแห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจโดยทีมระดับอำเภอ					
แหล่งข้อมูล	ผลการสำรวจจากทีมระดับอำเภอ					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A หมายถึง จำนวน รพ./รพ.สต.ที่ผลสำรวจความพึงพอใจผู้ให้บริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 B หมายถึง จำนวน รพ./รพ.สต. ทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ/อัตรา	40-49	50-59	60-69	70-79	80 ขึ้นไป
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	เครือข่ายอำเภอ ทุกแห่ง					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (มิย.-กค.59)					
หน่วยงานประมวลผล	สสจ.พิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางมยุรี เข็มทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.พิจิตร					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.พิจิตร					

แผนงานที่ 5 เรื่อง แผนงาน ประเมินผล และระบบข้อมูล

KPI No.3.05.097	Pi : 97 ระดับความสำเร็จของแผนและระบบข้อมูลสารสนเทศที่หน่วยงานทุกระดับใช้เพื่อควบคุมกำกับและติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	แผน หมายถึง แผนยุทธศาสตร์ 4 ปี (พ.ศ.2559-2562) และ แผนปฏิบัติการประจำปี 2559 ที่ สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์และแผนงานตั้งแต่ การจัดทำแผน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 12 อำเภอ ให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การจัดการระบบฐานข้อมูลบริการสุขภาพ ให้สามารถสนับสนุนการบริหาร และการบริการ โดยมีกระบวนการที่ชัดเจนเป็นเอกภาพ มีระบบการสนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และช่วยเหลือหน่วยบริการ มีการเชื่อมโยงข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ที่มีคุณภาพและทันเวลา รวมทั้งมีการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์ผ่านเว็บไซต์ ของหน่วยงาน ภายใต้ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ 4
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 12 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ประมวลผลทางอิเล็กทรอนิกส์ จาก HDC - การนิเทศงาน - การประมวลผลข้อมูลความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามโปรแกรมแผนงาน โครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร
แหล่งข้อมูล	1. ประมวลผลทางอิเล็กทรอนิกส์ จาก web - http://op.nhso.go.th/ - http://pct.hdc.moph.go.th/hdc/43files_daily/ - www.ppho.go.th/ → MIS สารสนเทศเพื่อการจัดการ - www.ppho.go.th/ → MIS สารสนเทศเพื่อการจัดการ → แผนงาน-โครงการ 2. ผลการนิเทศงาน 3. เอกสารคำสั่งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ 4. เอกสารแผนปฏิบัติการ
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	ระดับความสำเร็จ คะแนน 1 - 5
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-

KPI No.3.05.097	PI : 97 ระดับความสำเร็จของแผนและระบบข้อมูลสารสนเทศที่หน่วยงานทุกระดับใช้เพื่อควบคุมกำกับและติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ								
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดย่อย								
	ตัวชี้วัดย่อย	น้ำหนัก (W)	คะแนนเทียบกับร้อยละของตัวชี้วัดย่อย (M)					คะแนนที่ได้ (C)	คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (W XC)
			1	2	3	4	5		
	PI1 หน่วยบริการส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่มมีคุณภาพและทันเวลา ร้อยละ 95	30	<79.99	80.00-84.99	85.00-89.99	90.00-94.99	>95.00		W XC
	PI2 มีระบบ MIS สนับสนุนตัวชี้วัดในทุกระดับ(กระทรวง/เขต/จังหวัด/สปสข.)ร้อยละ 80 ของตัวชี้วัดทั้งหมด	10	<49.99	50.00-59.99	60.00-69.99	70.00-79.99	>80.00		W XC
	PI3 ทุกอำเภอมีระบบการสนับสนุน กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการ	30	20	40	60	80	100		W XC
		มี 1 ข้อ	มี 2 ข้อ	มี 3 ข้อ	มี 4 ข้อ	ครบทุกข้อ			
	PI4 ระดับความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ 4 ปี (พ.ศ. 2559-2562) และ แผนปฏิบัติการประจำปี 2559 ที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่	30	1 คะแนน	หน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะทำงานแผนงาน 3 ยุทธศาสตร์และ 25 แผนงาน					
			2 คะแนน	หน่วยงานมีการจัดทำแผนปฏิบัติการปี 2559 ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 4 ปี (พ.ศ. 2559-2562) 3 ยุทธศาสตร์ 25 แผนงาน					
			3 คะแนน	หน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลแผนงานโครงการและงบประมาณลงในโปรแกรมแผนงานโครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร					
			4 คะแนน	หน่วยงานรายงานผลความการดำเนินงานตามแผนและการเบิกจ่ายงบประมาณในโปรแกรมแผนงาน โครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร เป็นไปตามแผนงาน (งบประมาณอบรม ไตรมาส 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ไตรมาส 2 น้อยกว่าร้อยละ 100 งบดำเนินงาน ไตรมาส 2 มากกว่าร้อยละ 80 และ ไตรมาส 3 ร้อยละ 100)					
			5 คะแนน	หน่วยงานรายงานผลความการดำเนินงานตามแผนและการเบิกจ่ายงบประมาณในโปรแกรมแผนงาน โครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร เป็นไปตามแผนงาน (งบประมาณอบรม ไตรมาส 1 มากกว่าร้อยละ 50 ไตรมาส 2 ร้อยละ 100 งบดำเนินงาน ไตรมาส 2 มากกว่าร้อยละ 80 และ ไตรมาส 3 ร้อยละ 100)					

KPI No.3.05.097	PI : 97 ระดับความสำเร็จของแผนและระบบข้อมูลสารสนเทศที่หน่วยงานทุกระดับใช้เพื่อควบคุมกำกับและติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ					
เกณฑ์การให้คะแนน	สูตรคำนวณ : $\frac{\text{ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก } \sum(w \times c) \times 100}{\text{คะแนนเต็ม (5)} \times \text{ผลรวมน้ำหนัก (sum W)}}$					
	เกณฑ์การให้คะแนนระดับความสำเร็จ					
	ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5
	ของแผนระบบข้อมูลสารสนเทศที่หน่วยงานทุกระดับใช้เพื่อควบคุมกำกับและติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ	50.00-59.99	60.00-69.99	70.00-79.99	80.00-89.99	>90.00
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 / 3 / 6 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	1. นายเจษฎา ปั่นเพ็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 084-4921901 2. นางอัญญา เจริญชัย ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 081-5340084 3. นายสุวัฒน์ ทับบั่น ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 089-4388826					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ					

KPI No.3.05.098	PI : 98 หน่วยบริการส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม มีคุณภาพและทันเวลา ร้อยละ 95
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป / ชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน หมายถึง ฐานข้อมูลมาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม ตามโครงสร้างมาตรฐานที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด - ข้อมูลที่มีคุณภาพ มีกระบวนการติดตาม การตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ สอดคล้องกับหลักวิชาการ ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล (SERVICE / DIAGNOSIS / DRUG / PROCEDURE / CHARGE_OPD / EPI / ANC / FP / NEWBORN / LABOR / LABFU / NEWBORNCARE / PRENATAL / POSTNATAL / NUTRITION / CHRONIC / CHRONICFU / NCDScreen / ACCIDENT / DENTAL / PERSON / DISABILITY / REHABILITATION) - ทันเวลา หมายถึง หน่วยบริการส่งข้อมูลเข้า HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันจันทร์กับวันพฤหัสบดี) จาก
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	43 เพิ่ม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลทางอิเล็กทรอนิกส์ จาก web ระยะเวลา ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - http://op.nhso.go.th/ - http://pct.hdc.moph.go.th/hdc/43files_daily/
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง/ B ตัวหาร	<p>A = คุณภาพข้อมูล ร้อยละ 60</p> <p>a1 = จำนวนรายการข้อมูล SERVICE / DIAGNOSIS / DRUG / PROCEDURE / CHARGE_OPD / EPI / ANC / FP / NEWBORN / LABOR / LABFU / NEWBORNCARE / PRENATAL / POSTNATAL / NUTRITION / CHRONIC / CHRONICFU / NCDScreen / ACCIDENT / DENTAL / PERSON / DISABILITY / REHABILITATION ที่มีความถูกต้อง</p> <p>b1 = จำนวนรายการข้อมูลที่ส่งทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณ A = $\frac{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่มีความถูกต้อง} \times 60}{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่ส่งทั้งหมด}}$</p> <p>B = ความทันเวลา ร้อยละ 40</p> <p>a2 = จำนวนครั้งที่ส่งข้อมูลเข้า HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>b2 = จำนวนครั้งที่ต้องส่งข้อมูลทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณ B = $\frac{\text{จำนวนครั้งที่ส่งข้อมูลเข้า HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด} \times 40}{\text{จำนวนครั้งที่ต้องส่งข้อมูลทั้งหมด}}$</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A+B

KPI No.3.05.098	PI : 98 หน่วยบริการส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม มีคุณภาพและทันเวลา ร้อยละ 95					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	< 79.99	80.00-84.99	85.00-89.99	90.00-94.99	>95.00
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป / ชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 / 6 / 9 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	งานข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	1. นางอัจฉนา เจศรีชัย ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 081-5340084 2. นายสุวัฒน์ ทับมัน ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 089-4388826					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ					

KPI No.3.05.099	PI : 99 มีระบบ MIS สนับสนุนตัวชี้วัดในทุกกระดับ (กระทรวง/เขต/จังหวัด/สปสช.) ร้อยละ 80 ของตัวชี้วัดทั้งหมด					
คำนิยาม	- ระบบ MIS หมายถึง ระบบข้อมูลสุขภาพและรายงานกิจกรรมสาธารณสุข - ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวชี้วัดในการประเมินผลการดำเนินงานในระดับ กระทรวง/เขต/จังหวัด/สปสช.					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินผลจาก MIS data จ.พิจิตร					
แหล่งข้อมูล	- www.ppho.go.th/ → MIS สารสนเทศเพื่อการจัดการ					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	A = จำนวนตัวชี้วัดในทุกกระดับ(กระทรวง/เขต/จังหวัด/สปสช.) ที่มีอยู่ในระบบ MIS ของจังหวัด B = จำนวนตัวชี้วัดในทุกกระดับ(กระทรวง/เขต/จังหวัด/สปสช.)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	< 49.99	50.00-59.99	60.00-69.99	70.00-79.99	> 80.00
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 / 6 / 9 / 12 เดือน					
หน่วยงานประมวลผล	งานข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	1. นางอัญญา เจริญชัย ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 081-5340084 2. นายสุวัฒน์ ทับมัน ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 089-4388826					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ					

KPI No.3.05.100	PI : 100 ทุกอำเภอมีระบบการสนับสนุน กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการ					
คำนิยาม	<p>- อำเภอ หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (รพ.+สสอ.+รพ.สต.)</p> <p>- ระบบการสนับสนุน กำกับ ติดตาม หมายถึง การจัดการฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้อง การตอบคำถามและแก้ไขปัญหา การติดตามในพื้นที่หรือการ Remote เข้าไปช่วยเหลือ รวมถึงการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือหน่วยบริการ มีเกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคำสั่งแต่งตั้ง Data Admin ทุก รพ.สต./ System Manager และ Data Admin ระดับอำเภอ 2. มีแผนงาน/โครงการในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 3. ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ 4. มีการประชุม/กำกับ/ติดตาม เพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาให้หน่วยบริการ 5. อำเภอมีระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยบริการ 					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของอำเภอที่มีระบบการสนับสนุน กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการครบ 5 ข้อ					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินผลจาก แผนงาน/โครงการและการนิเทศงาน (การสอบถาม)					
แหล่งข้อมูล	<p>- www.ppho.go.th/ → MIS สารสนเทศเพื่อการจัดการ → แผนงาน-โครงการ</p> <p>- การนิเทศงาน</p>					
รายการข้อมูล A ตัวตั้ง / B ตัวหาร	<p>A หมายถึง อำเภอที่มีระบบการสนับสนุน กำกับ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการครบ 5 ข้อ</p> <p>B หมายถึง อำเภอทั้งหมด</p>					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	20	40	60	80	100
		มี 1 ข้อ	มี 2 ข้อ	มี 3 ข้อ	มี 4 ข้อ	ครบทุกข้อ
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (รพ.+สสอ.+รพ.สต.)					
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 / 6 / 9 / 12 เดือน					
หน่วยงาน ประมวลผล	งานข้อมูล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร					
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางอัญญา เจศรีชัย ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 081-5340084 2. นายสุวัฒน์ ทับมัน ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 089-4388826 					
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ					

KPI No.3.05.101	PI : 101 ระดับความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ 4 ปี (พ.ศ.2559-2562) และ แผนปฏิบัติการประจำปี 2559 ที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่	
คำนิยาม	กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์และแผนงานตั้งแต่ การจัดทำแผน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 12 อำเภอ ให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ	
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการดำเนินงานตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 12 อำเภอ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-การนิเทศงาน -การประมวลผลข้อมูลความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามโปรแกรมแผนงาน โครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร	
แหล่งข้อมูล	-เอกสารคำสั่งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ -เอกสารแผนปฏิบัติการ -โปรแกรมแผนงาน โครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร	
รายการข้อมูล	คะแนน 1 – 5	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
	1 คะแนน	หน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะทำงานแผนงาน 3 ยุทธศาสตร์และ 25 แผนงาน
	2 คะแนน	หน่วยงานมีการจัดทำแผนปฏิบัติการปี 2559 ที่สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ 4 ปี (พ.ศ. 2559-2562) 3 ยุทธศาสตร์ 25 แผนงาน
	3 คะแนน	หน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลแผนงานโครงการ และงบประมาณลงในโปรแกรมแผนงานโครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร
	4 คะแนน	หน่วยงานรายงานผลความการดำเนินงานตามแผนและการเบิกจ่ายงบประมาณในโปรแกรมแผนงาน โครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร เป็นไปตามแผนงาน (งบประมาณอบรม ไตรมาส 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ไตรมาส 2 น้อยกว่าร้อยละ 100 งบดำเนินงาน ไตรมาส 2 มากกว่าร้อยละ 80 และ ไตรมาส 3 ร้อยละ 100)
	5 คะแนน	หน่วยงานรายงานผลความการดำเนินงานตามแผนและการเบิกจ่ายงบประมาณในโปรแกรมแผนงาน โครงการทาง Web online เว็บไซต์ สสจ.พิจิตร เป็นไปตามแผนงาน (งบประมาณอบรม ไตรมาส 1 มากกว่าร้อยละ 50 ไตรมาส 2 ร้อยละ 100 งบดำเนินงาน ไตรมาส 2 มากกว่าร้อยละ 80 และ ไตรมาส 3 ร้อยละ 100)
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.พิจิตร	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 / 9 เดือน	
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.พิจิตร	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นายเกษฎา ปันเพ็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 056-990354 ต่อ 122, 123 โทรศัพท์มือถือ 084-4921901	
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางดวงพร พูลสวัสดิ์ศิริกิติกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	