**ภาคผนวก**

**ข**

**(แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและ**

**แบบรายงานตัวชี้วัด)**

 **เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านมารดาและทารก**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**
2. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

 เป้าหมาย : 1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการ

 คลอดมาตรฐาน

 2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการ

 คลอดมาตรฐาน

1. **สถานการณ์**.............................................................................................................................................................................
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 (1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

 **1.1)** **ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562** ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการ

 คลอดมาตรฐาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนสถานบริการสุขภาพ ของรัฐ ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน** **(A)** | **จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด****(B)** | **ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน****(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

 **1.2)** **ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564** ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอด

 มาตรฐาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน****(A)** | **จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด****(B)** | **ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน****(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**............................................................................................................................................................

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)**………………….………………………….........................……..……

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

.......................................................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

.......................................................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

.......................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................

ตำแหน่ง.....................................................................................

หน่วยงาน...................................................................................

วัน/เดือน/ปี...............................................................................

 โทร.................................. e-mail………...............…….…………..

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน**

**แบบสรุปผลรายงานกิจกรรมส่งเสริมเด็กวัยเรียนสมส่วน**

| **ลำดับ** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- |
| 1. | 1.ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **แผนงาน** | **ระดับจังหวัด** **(ชื่อแผนงาน)** | **ระดับอำเภอ****(ชื่อแผนงาน)** |
| 1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน |  |  |
| 2.การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ |
|  2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน |  |  |
|  2.2 เด็กผอม  |  |  |
|  2.3 เด็กเตี้ย |  |  |

2.กิจกรรมสำคัญ/กระบวนการดำเนินงาน : ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

|  |  |
| --- | --- |
| **กระบวนการ** | **กิจกรรมสำคัญ** |
| **ระดับจังหวัด** | **ระดับอำเภอ** |
| 1.ส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน |  |  |
| 2.แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ |
|  2.1 เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน |  |  |
|  2.2 เด็กผอม  |  |  |
|  2.3 เด็กเตี้ย |  |  |

 |
| 2. | กิจกรรมรณรงค์และสื่อสารในพื้นที่1.ดื่มนมจืดยืดความสูง จำนวน…………………….…….ครั้ง จำนวนโรงเรียน……………………….แห่ง  จำนวนนักเรียน………………………………….คน 2.กิจกรรมทางกาย กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก จำนวน…………………….…….ครั้ง จำนวนโรงเรียน……………………….แห่ง  จำนวนนักเรียน………………………………….คน |
| 3. | 1.ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ภาคเรียนที่ .................. ปีการศึกษา .......................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| จำนวนนักเรียนทั้งหมดในพื้นที่(คน) | จำนวนนักเรียนที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (คน) | ความครอบคลุม(ร้อยละ) |
|  |  |  |

2. ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| สูงดีสมส่วน | เริ่มอ้วนและอ้วน | ผอม | เตี้ย |
| จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

3. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการ 2 ภาคเรียน 3.1 สูงดีสมส่วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ H/A) ในคนเดียวกัน )

|  |  |
| --- | --- |
| ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) |
| จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|  |  |  |  |

 3.2 ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) )

|  |  |
| --- | --- |
| ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) |
| จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|  |  |  |  |

 3.3 ภาวะผอม (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) )

|  |  |
| --- | --- |
| ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) |
| จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|  |  |  |  |

 3.4 ภาวะเตี้ย (ส่วนสูงตามเกณฑ์ส่วนสูง (H/A) )

|  |  |
| --- | --- |
| ภาคเรียนที่ 2 (ปีกศ.60) | ภาคเรียนที่ 1 (ปีกศ.61) |
| จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|  |  |  |  |

 |
| 4. | จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ

|  |  |
| --- | --- |
| ประเภทโรงเรียน | จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ (แห่ง) |
| ประถมศึกษา |  |
| ประถมศึกษาขยายโอกาส |  |

 |
| 5. | 1.จำนวนโรงเรียนมีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง obesity sign..........................แห่ง พบเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง\*…………………..คน2.จำนวนเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง **(จากข้อ1.)\***ได้รับการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขจำนวน..........................คน (ระบุรายละเอียด)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รพศ./รพท.(คน) | รพ**ช**.(คน) | รพ.สต.(คน) | คลินิก DPAC(คน) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |   |

 |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของ Healthy Ageing**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านผู้สูงอายุ**

1. **ชื่อตัวชี้วัด: *ร้อยละของ Healthy Ageing***
2. **จังหวัด......................................................................................... เขตบริการสุขภาพที่.................**
3. **ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน**
4. **ข้อมูลทั่วไป (ณ วันที่รายงาน)**

 **4.1 จำนวนประชากรรวม =.............................................คน**

 **4.2 จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ =………………………………………...คน**

1. **ข้อมูลผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (ภาพรวมทั้งจังหวัด)**
	1. **จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL =……………………………..คน**
* **จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Independent) =…………………………คน คิดเป็นร้อยละ..................**
* **จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Partial-dependent) =…………………คน คิดเป็นร้อยละ.................**
* **จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (dependent) =…………………………… คน คิดเป็นร้อยละ.................**
1. **รายงานผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (รายอำเภอ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่** | **ผลการคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน****(Activity of Daily Living: ADL)** |
|  | **กลุ่ม 1** | **กลุ่ม 2** | **กลุ่ม 3** |
| อำเภอ 1 |  | จำนวน |  |  |  |
| ร้อยละ |  |  |  |
| อำเภอ 2 |  | จำนวน |  |  |  |
| ร้อยละ |  |  |  |
| รวม |  |  |  |  |  |

1. **ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน...........................................................................

 ตำแหน่ง.............................................................................

 วัน/เดือน/ปี.......................................................................

 โทร....................................E-mail………………………….……

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่**

**จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง**

**แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน**

วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

1. เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควรเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตแบบวัดที่แขนด้วยวิธี Oscillometric

2. สิ่งแวดล้อมในที่วัดความดันโลหิต

 2.1 วัดความดันโลหิตในที่ที่สงบเงียบ อุณหภูมิกำลังสบาย

 2.2 นั่งวัดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต

 2.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ

 2.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่คาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

 2.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

 2.6 อาจพิจารณาพันแผ่นผ้าพันต้นแขนทับแขนเสื้อที่บางเท่านั้น ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง

 3. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (วัดก่อนกินยา

และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

**แบบบันทึกการบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน**

**ตารางบันทึกค่าความดันโลหิต**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันที่** | **วัน/เดือน/ปี** | **เช้า****ครั้งที่ 1** | **เช้า****ครั้งที่ 2** | **ก่อนนอน****ครั้งที่ 1** | **ก่อนนอน****ครั้งที่ 2** |
| **ตัวบน/ตัวล่าง****mmHg** | **HR****(ครั้งต่อนาที)** | **ตัวบน/ตัวล่าง****mmHg** | **HR****(ครั้งต่อนาที)** | **ตัวบน/ตัวล่าง****mmHg** | **HR****(ครั้งต่อนาที)** | **ตัวบน/ตัวล่าง****mmHg** | **HR****(ครั้งต่อนาที)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = ......................... mmHg |

**ที่มา :** รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2560 หน้า 84-86

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย**

**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1**



**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2**

****

**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2**



**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด**

|  |
| --- |
| **สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**  |
| **หน่วยงาน......................................................** |
| **ประเภทที่เก็บ** | **รายการที่เก็บ** | **หัวข้อวิเคราะห์** | **สถานที่จัดเก็บ (โปรดเลือก)** | **จำนวน** | **จำนวนที่ได้รับผลวิเคราะห์** | **ผลวิเคราะห์** | **สาเหตุที่ไม่เข้ามาตรฐาน** | **การดำเนินการในกรณีที่ไม่เข้ามาตรฐาน** |
|  |  |  | **ผลิต** | **นำ****เข้า** | **จำ****หน่าย** | **ที่เก็บ** | **เข้ามาตร****ฐาน** | **ร้อยละ** | **ไม่เข้ามาตรฐาน** | **ร้อยละ**  | **ระบุสาเหตุ** | **ระบุจำนวน** |
| **1. เฝ้าระวังปกติ** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  1.1 เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื่อ | - IV Set |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | - Suction |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **ประเภทผลิตภัณฑ์** หมายถึง กลุ่มประเภทผลิตภัณฑ์ที่เก็บ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รายการที่เก็บ** หมายถึง รายการย่อยที่เก็บ เช่น IV Set, Suction เป็นต้น |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| หากสำนัก/กองใด ไม่แยกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ก็สามารถใส่รายการย่อยที่เก็บได้เลย |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital**

**เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital**

เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก

 ในระดับพื้นฐาน จะเป็นการประเมินการเข้าถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยประเมินด้านการสร้างกระบวนการพัฒนา โดยการนำเอากลยุทธ์หลัก CLEAN มาใช้ และประเมินกิจกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลโดยกิจกรรม GREEN ซึ่ง ประกอบด้วย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยทั่วไป การพัฒนาส้วม OPD ให้ได้มาตรฐาน HAS การจัดการด้านพลังงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมล้อมภายใน และภายนอกอาคารโรงพยาบาล การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่มในโรงพยาบาล รวมทุกประเด็นจำนวน 10 ข้อ

 ในระดับดี เน้นความครอบคลุมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยเพิ่มกิจกรรม GREEN มา 2 ข้อคือ การพัฒนาส้วม IPD ให้ได้มาตรฐาน HAS และการจัดการมูลฝอยได้ครบทุกประเภท

 ในระดับดีมาก เพิ่มกิจกรรม GREEN อีก 2 ข้อ ระดับนี้เน้นเรื่องของคุณภาพในการจัดการและการสร้างเครือข่าย เพื่อขยายผลการดำเนินงาน โดยเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และการนำไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการพัฒนากิจกรรม GREEN ลงสู่ชุมชนจนเกิดเป็น GREEN Community

****

**แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital**

**ชื่อโรงพยาบาล ...........................................................................................................**

**จังหวัด ........................................................................................................................**

**ศูนย์อนามัยที่………………………………………………………………….………………………………..**

| **กิจกรรม GREEN** | **เกณฑ์การประเมิน** | **คำอธิบายเกณฑ์** | **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** | **ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา** |
|  | 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
 | 1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร
2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น
4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital
5. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร
 |  |  |  |
| **ขั้นตอนที่ 2** **กิจกรรม GREEN** |
| **ระดับพื้นฐาน** |
| **G: Garbage****(การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)** | 1. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
 |  โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยกำกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อ คือ1. บุคลากร
	1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
	2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
2. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ
	1. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด
	2. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม
3. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ
	1. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้
	2. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม
	3. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ
	4. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น
	5. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง
	6. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ
	1. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะปฏิบัติงาน
	2. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย
	3. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน
	4. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย
5. ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ
	1. มีพื้นและผนังทึบทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำและมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้
	2. มีข้อความสีแดงที่รถว่า “**รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น**”
	3. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่ตกหล่นประจำรถเข็น
6. สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ
	1. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด
	2. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค
	3. มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน
	4. มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้
	5. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย
	6. มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “**ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ**” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร
7. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
	1. กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง
		1. ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้
		2. ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน
		3. กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ตามลำดับหรือวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำซึ่งต้องตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556
	2. กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้
		1. มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง
		2. มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ พ.ศ. 2545
 |  |  |  |
| 1. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
 | 1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทั่วไปตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยทั่วไป
2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ (รอนำไปกำจัด)
3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม
4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปอย่างชัดเจน
5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค
6. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย
7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลา ที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง
 |  |  |  |
| **R: RESTROOM (การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS))** | 1. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)

  |  อาคารผู้ป่วยนอก (Out Patient Department) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกที่ผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และไม่ได้รับไว้ค้างคืนอาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ใน 16 ข้อ ได้แก่**ความสะอาด (Health:H)**1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้
2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ขันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้
3. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้
4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้
5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ
6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง
7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น
8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด
9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตรา เป็นประจำ

**ความเพียงพอ (Accessibility: A)**1. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่

\*ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 25481. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ

**ความปลอดภัย (Safety: S)**1. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา/เปลี่ยว
2. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน
3. ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้
4. พื้นห้องส้วมแห้ง
5. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ
 |  |  |  |
| **E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)** | 1. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
 |  มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด ยกตัวอย่างเช่น * กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า
* การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส
* การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool)
* ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล
* รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น

และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน
2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน
3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย
 |  |  |  |
| **E:ENVIRONMENT****(การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)** | 1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่

สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ | 1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี
2. มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น
3. มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)
4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น
 |  |  |  |
| 1. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
 | 1. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง
2. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้ง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
 |  |  |  |
| **NUTRITION** **(การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)** | 1. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน
 |  สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้1. บริเวณที่เตรียม – ปรุงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักมูลฝอยหรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย
2. บริเวณที่เตรียม – ปรุงอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็ง เรียบ มีสภาพดี และสะอาด
3. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เลขสารบบอาหาร 13 หลัก)
4. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง
5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร
6. การลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด
7. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน
8. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน
9. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี
10. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด
11. ใช้ถังมูลฝอยสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด
12. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ปรุง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม
13. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ
14. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้
15. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน

 **หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับพื้นฐาน 15 ข้อ ข้างต้นใน TOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน** |  |  |  |
| 1. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย
 |  ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน
2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร
3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขสารบบอาหาร

หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.) 1. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส
2. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร
3. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร
4. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร
5. เขียงและมีด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้
6. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร
7. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล
8. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา
9. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ทคลุมผม
10. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด
11. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร
12. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด
 |  |  |  |
| 1. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 | 1. จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ
2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง
 |  |  |  |
| **ระดับดี** |
|  | 1. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
 |  มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท โดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด
3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน
4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน
5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง
 |  |  |  |
| 1. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
 |  อาคารผู้ป่วยใน (Ward) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักค้างคืนเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ใน 16 ข้อ |  |  |  |
| **ระดับดีมาก** |
|  | 1. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
 |  มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทาง[ความคิด](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%B4%E0%B8%94) [การผลิต](https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%95&action=edit&redlink=1) [กระบวนการ](https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3&action=edit&redlink=1) หรือ[องค์กร](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B9%8C%E0%B8%81%E0%B8%A3) หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น * **Product Innovation** คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN
* **Process Innovation** คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN
* **Service Innovation** คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างการบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
* **Management Innovation** คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN
 |  |  |  |
| 1. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
 |  โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน |  |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน**ผ่านในระดับ 🞎 ระดับพื้นฐาน 🞎 ระดับดี 🞎 ระดับดีมากต้องปรับปรุง (ข้อ .................................................................................................................................................................................................................................................................) |

ลงชื่อ....................................................ผู้ประเมิน

 ( ......................................................)

ตำแหน่ง....................................................................

วันที่ .............เดือน.....................พ.ศ. ......................

ลงชื่อ....................................................ผู้รับการประเมิน

 ( ......................................................)

ตำแหน่ง.........................................................................

วันที่ ................เดือน............................ พ.ศ. ................

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน**

| **ประเด็น** | **รายละเอียด** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- | --- |
| **1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ**  |
| 1.1 มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ อย่างเป็นระบบ | 1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม กรณีที่มีพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่กำหนด หรือหากไม่มี ให้ใช้พื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาในพื้นที่นั้นๆ โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ\* ข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม คือ พื้นที่เสี่ยงตามแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 ใน 46 จังหวัด ที่เป็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลัก คือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเลคทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ ทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ 3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)2) หากไม่มีทั้งพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่ระบุ และพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และควรมีดำเนินงานตามประเด็นตามนโยบายประเทศ เช่น ประเด็น ปัญหาตามนโยบายประเทศ ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฎิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น  | 1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามประเด็นในแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 คือ............................................2) ประเด็นพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาหรือบริบทของพื้นที่ ที่ดำเนินการ คือ.............................................................................................. 3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ.......................................... (ได้แก่ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกขอมูลสถานการณ์/ ระบบ NEHIS/ลักษณะอื่นๆ ) |
| 1.2 มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัดและมีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญของจังหวัด อย่างเป็นระบบ | มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จำเป็นของจังหวัด ซึ่งมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่มี/ข้อมูลข่าวสาร/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/เหตุร้องเรียนต่างๆ/การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ มีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ | 1) ประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่กำหนดในการจัดทำฐานข้อมูล คือ..................................................……2) ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด ที่มีการจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูล คือ……………………...………………………………………………………3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ....................................................(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ ) |
| 1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้ง ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ  | 1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น..............................................................................................2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ………………………………………..……………………………………. (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น) |
| 1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง |
| 1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล  | มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสธจ. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น  |  - อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จากข้อมูลใด อย่างไร  |
| 1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้ง ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ  | 1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น..............................................................................................2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ………………………………………………..……………………………. (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น) |
| **2. กลไกของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)** |
| 2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  | หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสธจ.  | กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ.............................................................................................. |
| 2.2 มีแผนการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  | มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุม กิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสธจ. ที่เป็นปัจจุบัน  | มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสธจ. คือ .............................................................................................. |
| 2.3 มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด | มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม | กำหนดแผนการจัดประชุม...................................ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้...........................ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน) |
| 2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย  | มีข้อมูลนำเข้าที่ประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเลคทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน)ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฎิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น ประเด็นกฎหมาย เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี 2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด  | 1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด2) ฝ่ายเลขาฯ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 2.6 มีการรายงานการประชุม | มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| **3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน**  |
| 3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน  | 1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน 2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  | 1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ  | 1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ  | บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้  | 1) จำนวนบุคลกรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม......................คน2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท.และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน....................คน |
| 3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน | อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน | 1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯ.......................................แห่ง2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐาน..............................แห่ง |
| 3.6 มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ | 1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ3) มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| **4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย**  |
| 4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน  | มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษิที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ | 1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ.............................................................................................. |
| 4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ.  | มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้องมีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำคณะทำงาน เป็นต้น  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  | มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยังศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| **5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)** |
| 5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง | มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่างน้อยตําบล ตําบลละ 1 ชุมชน  | 1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชมให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิกูลมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน  | 1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้าน  อนามัยสิ่งแวดล้อม |
| 5.3 จังหวัดมีตำบลที่มuมีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ | มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็นตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ | ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ |
| **6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง**  |
| 6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับหน่วยบริการสุขภาพ  | มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. /รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา เช่น อสธจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพ หรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพตามความจำเป็น  | มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงาน โดย การประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  | หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่เสี่ยง | มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุมชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อมสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารทราบ  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.5 ประสาน สนับสนุน ติดตาม ให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับขั้นเริ่มต้นพัฒนา  | รพศ./รพท. ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตาม ข้อ 6.4 มีผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ในระดับ ขั้นเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด  |  - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)**

**แบบรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง**

สถานบริการ .................................. อำเภอ..........................จังหวัด .................................... ข้อมูลการประเมินเดือน..........................ถึงเดือน..............................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการ** | **จำนวนผู้ป่วย DM/HT ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการ** | **จำนวนผู้ป่วยDM/HTที่ได้รับการประเมิน****CVD Risk** | **คิดเป็นร้อยละ** | **ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงจำแนกกลุ่มตามความเสี่ยง** |
| **จำนวนกลุ่มเสี่ยงปานกลาง****(<20%)** | **คิดเป็น****ร้อยละ** | **จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูง** **(20-<30%)** | **คิดเป็น****ร้อยละ** | **จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมาก****(≥30%)** | **คิดเป็น****ร้อยละ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคหลอดเลือดสมอง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

1. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7)
2. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)

คำนิยาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ........................................................................................................................................................**

 (1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 – 2564)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจาก ทุกหอผู้ป่วย****(รหัส ICD-10 =I60-I69)****(A)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน****(B)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง****(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

 (2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 25)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตายจากทุกหอผู้ป่วย****(รหัส ICD-10 =I60-I62)****(C)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน****(รหัส ICD-10 =I60-I62)****(D)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก****(C/D) x100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

 **3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.......................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………...........................………………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร....................................... e-mail…………………......................…………...

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านทารกแรกเกิด**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

 (เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

 ในปีงบประมาณ 2564)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

1. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 2.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต**ต่ำกว่าหรือเท่ากับ **28 วัน****(A)** | **จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ****(B)** | **อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน****(A/B) x 1,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

หน่วยงาน...................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร.................................. e-mail……………………............................………..

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

 (เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

**2. สถานการณ์.....................................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 (1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

 (เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตาม

 ขั้นตอนการประเมินผล) )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล****(A)** | **จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ****(B)** | **ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง****(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

 **3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมแต่ละจังหวัด)……………………………………........................……..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

.....................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

.....................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

.....................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน..............................................................................................

ตำแหน่ง...............................................................................................

วัน/เดือน/ปี.........................................................................................

โทร.................................. e-mail………..........……................……………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต**

**แบบบันทึกการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าหน่วยบริการ…………………………………...รหัสสถานบริการ……………….**

**(กรณีที่หน่วยต้องการรายงานให้กับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต)**

**ประจำเดือน ……………………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันที่เข้ารับการบริการ** | **คำนำหน้า** | **ชื่อ** | **นามสกุล** | **เพศ** | **เลขที่****บัตรประชาชน** | **วันเดือนปีเกิด** | **อำเภอ** | **จังหวัด** | **รหัสโรคซึมเศร้า** | **คะแนน 9Q** | **คะแนน 8Q** |
|   |   |   |   |  |   |   |   |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ**

* วันที่เข้ารับการบริการ คือ วันที่มารับบริการที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd

เช่น 2013-09-07 : ตัวเลข 2013 คือ ปี ค.ศ. - 09 คือ เดือน กันยายน - 07 คือ วันที่ 7

* คำนำหน้าชื่อ ให้ลงข้อมูลเป็น นาย, นาง, นางสาว, น.ส., พระ
* เพศ ให้ลงข้อมูลในรูปแบบรหัส เพศชายให้ลงเป็น 1 เพศหญิงให้ลงเป็น 2
* เลขที่บัตรประชาชน ให้ลงข้อมูลในรูปแบบเลข 13 หลักของบัตรประชาชน
* วันเดือนปีเกิด ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd
* อำเภอ, จังหวัด คือ ที่อยู่ของผู้ป่วยที่มารักษาตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ให้ลงข้อมูลตามรูปแบบของกรมการปกครอง

กระทรวงมหาดไทย

* รหัสโรคซึมเศร้า คือ รหัส ICD10 ตั้งแต่ F32, F33, F34.1, F38 และ F39 ให้ลงข้อมูลรูปแบบรหัส เช่น F32, F33,… เป็นต้น
* คะแนน 9Q, 8Q คือ คะแนนที่ประเมินได้จาก 9Q, 8Q ถ้ามีผลของการประเมินให้ลงข้อมูลรูปแบบตัวเลข เช่น 16, 10,… เป็นต้น

ผู้รายงาน.................................................................................. โทรศัพท์................................................................................... E-mail……………………......…………………………………………………

 วันที่ ................เดือน..........................................พ.ศ................

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ปีงบประมาณ 2561**

**ชื่อโรงพยาบาล.............................................................................................. H code .........................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ไตรมาสที่1 (ต.ค– ธ.ค)** | **ไตรมาสที่2 (ม.ค–มี.ค)** | **ไตรมาสที่3 (เม.ย.– มิ.ย.)** | **ไตรมาสที่4 (ก.ค.–ก.ย.)** | **รวม** |
| 1 | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด |  |  |  |  |  |
| 2 | จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด |  |  |  |  |  |
| 3 | อัตราตาย |  |  |  |  |  |
| 4 | อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) |  |  |  |  |  |
| 5 | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic |  |  |  |  |  |
| 6 | อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) |  |  |  |  |  |
| 7 | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 4-5) ภายใน 3 ชม. |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :**

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

**นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย**

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

X 100

 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.

X 100

 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.

X 100

 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.

X 100

 จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด

**หมายเหตุ :** วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)**

**ในผู้ป่วย STEMI ได้**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคหัวใจ**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

 **(1)** ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง

(เป้าหมาย: 100%)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.........................................................................................................................................................**

 (1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI

 ได้จริง (เป้าหมาย: 100%) โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

 ทุกวัน

2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้

 ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน

3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI

4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด

 24 ชั่วโมงทุกวัน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จริง****(A)** | **รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้นๆ****(B)** | **ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง (A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.......................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)………………………..............................………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร............................... e-mail…………………….................................………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคหัวใจ**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

 **(1)** อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ..........................................................................................................................................................**

 (1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ** **(รหัส ICD-10 =I20-I25)** **(A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน****(B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ****(A/B) x100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)………………..............................…………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร.................................. e-mail…………………………….

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล** (ติดตามทุก 3 เดือน)

**(1**) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 80%

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 80%

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 80%

**2. สถานการณ์**

**............................................................................................................................................................................................... ...............................................................................................................................................................................................3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 **(1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 80%**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 80%** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด** **≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด****(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน****(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ≤ 4 สัปดาห์ (A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 80%

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 80%** | **หมาย****เหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด****(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน****(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยได้รับเคมีบัดภายในระยะเวลา ≤ 6 สัปดาห์****(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**(3)** ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 80%

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา** **6 สัปดาห์ ≥ 80%** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด****(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน****(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา****≤ 6 สัปดาห์****(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร................................... e-mail………………....……..…

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)**

**(1**) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

**2. สถานการณ์..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 **(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C22, C24) (A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x 100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**...........................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

...........................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

........................................................................................................................................................................................................... ...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร............................... e-mail………….............................………………..…..

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 42 อัตราตายจากมะเร็งปอด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 12 เดือน)**

**(1**) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)

**2. สถานการณ์..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 **(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ.2564)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C33-C34) (A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด****(A/B) x 100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร............................. e-mail…………….............................……...……………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคไต**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

 (1) ร้อยละของผู้ป่วย **CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr

 (เป้าหมาย: > 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ 2561)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 (1) ร้อยละของผู้ป่วย **CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr

 (เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ 2560)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 ml/min/1.73 m2/yr x 100** **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4** **(B)** | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr **(A/B)X100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………..……………............................…………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร............................... e-mail…………………....….............................………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านตา**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

 (1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

 (เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ

 85% ของเป้าหมาย)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 (1) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

 (เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ

 85% ของเป้าหมาย)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน** **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย****(B)** | **ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน****(A/B) x 100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร................................ e-mail…………………...............................…………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 45 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคไต**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

สถานการณ์ด้านการปลูกถ่ายไต**...........................................................................................................................................**

1. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

(เป้าหมาย: 1.0:100 (ในปีงบประมาณ 2564))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)****(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560****(B)** | **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล****(A/B)X100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
|  2 |  |  |  |  |
|  3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขต)……………..........................……………………………………………..…**

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร..................................... e-mail…………………………................…………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 47 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์.......................................................................................................................................................................**
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

 (เป้าหมาย: ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง****(A)** | **จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด****(B)** | **ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแล ระยะกลาง****(A/B)x100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………….....................……………………………..…**

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร..................................... E-mail………………………...............………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One day surgery : ODS**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์**

- อังกฤษผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% อเมริกาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก>60% ค.ศ.2016 จะเพิ่มขึ้นถึง

 75% ประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้สาเหตุสำคัญคือการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน

 ระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับแบบผู้ป่วยใน

- ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า one day surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน

 และกลับไปทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัวได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติ

 ในการรักษาพยาบาลลงมาก

- ผู้ป่วยที่ทำหัตการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

1. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
 (เป้าหมาย: ร้อยละ 30 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery****(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)****(B)** | **ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery****(A/B)x 10** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

 **3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ......................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)……………………………………….................…………………..…**

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร..................................... E-mail……………...............…………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 49 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery(MIS)**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์.......................................................................................................................................................................**
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 25 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery****(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis)****(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery****(A/B) x 100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)……………….....................…………………………………………..…**

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร..................................... E-mail…………...............……………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 50 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
 (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

1. **สถานการณ์.......................................................................................................................................................................**
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

 **3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)
 (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 6 ในปีงบประมาณ 2564)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทีี่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง****(A)** | **จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด****(B)** | **อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป****(A/B) X 100** |
| จังหวัด 1 |  |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |  |
| จังหวัด 3 |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต****(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

 **(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)……………………………………….....................…………………..…**

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

...........................................................................................................................................................................................................

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

...........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน....................................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................................

โทร..................................... E-mail……...............…………………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด**

**แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

**“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................................................... วันที่รายงาน.........................................................**

**ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว....................................................................ตำแหน่ง...............................................................**

**กลุ่มงาน.....................................................................................................เบอร์ติดต่อ...........................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย****ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ** | **ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ** | **หมายเหตุ** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **รวม** | **แห่ง** | **แห่ง** |  |
| **ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ** |  | **ร้อยละ....................** |  |

**แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม**

แบบ OHS.SA:รพศ./รพท.

**สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

 **ข้อมูลทั่วไป**

 1. ชื่อโรงพยาบาล................................................................ จังหวัด........................................................ จำนวนเตียง...................เตียง ระดับ ( ) รพศ. ( ) รพท.

 2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ( ) HA ( ) HPH ( ) HNQA ( ) ISO……………….( ) มอก................... ( ) อื่นๆ (ระบุ).............................

 3. จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล……………………คน จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล ……………………คน

 4. โรงพยาบาลมีการจัดตั้งกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้แบ่งงานออกเป็น 5 งาน ตามกรอบโครงสร้างกลุ่มงานฯของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

 6. จำนวนบุคลากรด้านวิชาการทั้งหมดในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม (ไม่รวมธุรการ,พนักงานบันทึกข้อมูล)............................คน

 (กรณีที่ยังรวมอยู่ในกลุ่มเวชกรรมสังคม ระบุจำนวนผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย....................คน)

 6.1 จำนวนแพทย์ ............................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน) ..................คน

 อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ...........คน วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ................คน

 6.2 จำนวนพยาบาล..........................คน

 จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.................................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน) ............................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง)......................................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ..............................................................คน

 6.3 จำนวนนักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม............................คน

 จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย...............คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อม .....................................คน

 จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์ ............................คน คุณวุฒิอื่นๆ..............................................................คน

 6.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ...............คน

 **ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ**

 **คำชี้แจง** 1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น

 2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

| ข้อ | **องค์ประกอบของมาตรฐาน** | **คะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **คะแนน****ที่ได้** | **หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน** | **ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** |  |
|  | **1.1 การนำองค์กร** |  |
| **01** | ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 0123 | - ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร- มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
|  | **1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม**  |  |
| **02** | การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่ | 0123 | - ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม- มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล |  |  |  |
| **03** | การติดตามประเมินผล โครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาล **(Clinic)** | 0123 | - ไม่มีการติดตาม- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด- มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการครบทุกข้อ |  |  |  |
| **03** | การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย**(Non Clinic)** | 0123 | - ไม่มีการติดตาม- มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น  รายไตรมาส - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป |  |  |  |
|  | **1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล** |  |  |
| 04 | โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข | 0123 | - ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมาตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล,นักวิชาการ)**- มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และจำนวนครบตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข** |  |  |  |
| 05 | การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0123 | - ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย- บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม- มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ |  |  |  |
| 06 | การจัดการความรู้ด้านงาน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0123 | - ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร- มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ- มีการจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี- มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ |  |  |  |
| 07 | การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0123 | - ไม่มีการศึกษาวิจัย- มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล- มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง- มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา |  |  |  |
| 08 | การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานระดับจังหวัด และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0123 | - ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน- เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่- มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง- มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด |  |  |  |
| 09 | การสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม  | 0123 | - ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน- มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม- มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง- มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง  |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)** | = | **ผลลัพธ์=**{**(X) /27**} **x 100 =………………..%** |
|  | **องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล** |  |
| 10 | การเดินสำรวจแผนกต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน | 0123 | -ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล-มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง-มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร |  |  |  |
| 11 | การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน | 0123 | -ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน-มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน-มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน-มีการตรวจสุขภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ |  |  |  |
| 12 | การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ | 0123 | -ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ-มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน-มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน |  |  |  |
| 13 | การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล | 0123 | -ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล-มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง-มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว |  |  |  |
| 14 | การควบคุมคุณภาพการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและการรายงานผลการตรวจตามหลักวิชาการ | 0123 | -ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ-จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล-มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน-มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ  |  |  |  |
| 15 | การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร  | 0123 | -ไม่มีการจัดทำรายงาน-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี-มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี-มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน |  |  |  |
| 16 | การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล | 0123 | -ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน-มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน-นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน  |  |  |  |
| 17 | โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | 0123 | -ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม-ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน-ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล-มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ  |  |  |  |
| 18 | ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย | 0123 | -ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล-มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ-มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ-มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก |  |  |  |
| 19 | อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล | 0123 | -ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10–19 (X)** | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/30**} **x 100 =………………..%** |
|  | **องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก** |  |
|  | **3.1 กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน** |  |
| 20 | การเดินสำรวจสถานประกอบ- การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง | 0123 | -ไม่มีการเดินสำรวจ -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่-ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่-ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน-ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง  |  |  |  |
| 21 | การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ | 0123 | -ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ-ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ-จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นทีการมีนวัตกรรมต่างๆ |  |  |  |
| 22 | การสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล  | 0123 | -ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน-มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง-มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | **3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม**  |
| 23 | การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีว-อนามัย | 0123 | - ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คลอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ |  |  |  |
| 24 | การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่  | 0123 | -ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม-มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่-จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่-วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี |  |  |  |
| 25 | การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0123 | -ไม่มีการดำเนินการ-มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล-มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
| 26 | จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน | 0123 | -ไม่มีการดำเนินการ-จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน**ลดลง**เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา-จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน**เท่าเดิม**เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา-จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน**เพิ่มขึ้น**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน |  |  |  |
| 27 | จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก | 0123 | -ไม่มีการดำเนินการ-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย**ลดลง**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย**เท่าเดิม**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา-จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย**เพิ่มขึ้น**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน |  |  |  |
| 28 | การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร | 0123 | -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง-มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20–28 (X)** | **=** | **ผลลัพธ์ =** {**(X)/27**} **x 100 =………………..%** |
|  | **องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ** |
| 29 | การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ | 0123 | -ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ-มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนเข้า ถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม |  |  |  |
| 30 | เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน  | 0123 | -ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง-มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง-มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา |  |  |  |
| 31 | เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน  | 0123 | -ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง-มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง-มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา  |  |  |  |
| 32 | การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน  | 0123 | -ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน-มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน-มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ- มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย  |  |  |  |
| 33 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0123 | -ไม่มีการคัดกรอง-มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม-มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม-มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด |  |  |  |
| 34 | การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0123 | -ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากทำงาน-มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม-มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัย ตามที่กำหนดไว้-มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ  |  |  |  |
| 35 | การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน | 0123 | -ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 36 | การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน | 0123 | -ไม่มีการดำเนินการ-มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ-มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน-ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย |  |  |  |
| 37 | การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management) | 0123 | -ไม่มีการดำเนินการ -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน-มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ-มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม |  |  |  |
| 38 | การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ | 0123 | -ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่ลงแวดล้อม-มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง  |  |  |  |
| 39 | การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง | 0123 | -ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ-มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ -มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการ อาชีวอนามัย  |  |  |  |
| 40 | จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0123 | -ไม่มีการดำเนินการ-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม **ลดลง** เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม **เท่าเดิม** เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา-จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม **เพิ่มขึ้น**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29–40 (X)** | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/36**} **x 100 =………………..%** |
|  | **องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** |  |
| 41 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม | 0123 | -ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม-มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่-มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด-มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |  |  |
| 42 | การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวเนื่อง | 0123 | -ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย-มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย-มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน-สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ |  |  |  |
| 43 | การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม) | 0123 | -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ-มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ-ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน-มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป |  |  |  |
| 44 | การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม) | 0123 | -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม-มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |  |  |
| 45 | การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา | 0123 | -ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง-มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง-มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง-มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย |  |  |  |
| 46 | การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่ | 0123 | -ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม-จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม-ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง-จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น |  |  |  |
| 47 | การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ | 0123 | - ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบฯ- มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม- มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม |  |  |  |
| 48 | การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก | 0123 | -ไม่มีการรวบรวมข้อมูล-มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม-มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูล เชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน-มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41–48 (X)** | = | **ผลลัพธ์=**{**(X)/24**} **x 100 =………………..%** |

 **สรุปผลการประเมินตนเอง**

 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

 ( ) เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2) ( ) ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 ( ร้อยละ50 ขึ้นไป))

 ( ) ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป) ( ) ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5)

 **ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน**

 1……………………………………………………………………………………………………

 2……………………………………………………………………………………………………

 3. ……………………………………………………………………………………………………

 **ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน**

 1……………………………………………………………………………………………………

 2……………………………………………………………………………………………………

 3. ……………………………………………………………………………………………………

 **ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา**

 1……………………………………………………………………………………………………

 2……………………………………………………………………………………………………

 3. ………………………………………………………………………………………………...

**แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน**

แบบ OHS.SA:รพช.

 **ข้อมูลทั่วไป**

 1.ชื่อโรงพยาบาล................................................................ จังหวัด........................................................ จำนวนเตียง...................เตียง

 2.โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ( ) HA ( ) HPH ( ) HNQA ( ) ISO……………….( ) มอก................... ( ) อื่นๆ(ระบุ).............................

 3.จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล……………………คน

 4.ปัจจุบันงานอาชีวอนามัยอยู่ในกลุ่มงานใด

 ( ) กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ ( ) กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

 ( ) กลุ่มงานอื่นๆ (โปรดระบุ)..........................................................................................

 5.คุณวุฒิของผู้ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล

 5.1 แพทย์ ............................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน) ..................คน

 อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ...........คน วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ................คน

 5.2 พยาบาล..........................คน

 จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.................................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน) ............................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง)......................................คน

 ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ..............................................................คน

 5.3 นักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม............................คน

 จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ...............คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อม ......... ............................คน

 จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์ ............................คน คุณวุฒิอื่นๆ..............................................................คน

 5.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ...............คน

 **ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ**

 **คำชี้แจง** 1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น

 2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

| ข้อ | **องค์ประกอบของมาตรฐาน** | **คะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | **หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน** | **ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** |
|  | **1.1 การนำองค์กร** |
| 01 | ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 0123 | - ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร- มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร- มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
|  | **1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัย** |
| 02 | การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่  | 0123 | - ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม- มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประ-กอบอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล |  |  |  |
|  | **1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล** |  |
| 03 | โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม  | 0123 | * ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย
* มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
* ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีว-อนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือ สาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้าน อาชีวอนามัยหรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
* มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของกระทรวงสาธารณสุข หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวช-กรรม
 |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |   |
| 04 | การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม  | 0123 | * ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
* บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย
* บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
* มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ
 |  |  |  |
| 05 | การจัดการความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0123 | * ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร
* มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวช-กรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ
* มีการจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี
* มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ
 |  |  |  |
| 06 | การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0123 | * ไม่มีการศึกษาวิจัย
* มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว-อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
* มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว-อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง
* มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา

3 ปีที่ผ่านมา |  |  |  |
| 07 | การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวด-ล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ | 0123 | * ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน
* เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีว-อนามัยฯ ในพื้นที่
* มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง
* มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ
 |  |  |  |
| 08 | การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดบริการอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 012 3 | * ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน
* มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
* มีการสนับสนุนรพสต.ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย1แห่ง
* มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังรพสต. อย่างน้อย 1 แห่ง
 |  |  |  |
|  |  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01- 08 (X)=** | **ผลลัพธ์=**{**(X) /2**4}**x100 =………………..%** |   |
|  | **องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล** |
| 09 | คณะกรรมการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาล | 0123 | * ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
* มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน
* คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุมโดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีว-อนามัยฯ
* คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย
 |  |  |  |
| 10 | การเดินสำรวจแผนกต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน | 0123 | - ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล- มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง- มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร |  |  |  |
| 11 | การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ | 0123 | * ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ
* มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน
* มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน
* นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน
 |  |  |  |
| 12 | การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล | 0123 | * ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล
* มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด
* มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง
* มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนรวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว
 |  |  |  |
| 13 | การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร  | 0123 | * ไม่มีการจัดทำรายงาน
* มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี
* มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี
* มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน
 |  |  |  |
| 14 | การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และภาพแวดล้อมในการทำงาน | 0123 | * ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
* จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร
* ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมาย
* จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย
 |  |  |  |
| 15 | การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล | 0123 | * ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน
* มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน
* มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ
* นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน
 |  |  |  |
| 16 | โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | 0123 | * ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม
* เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล
* ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน
* ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล
 |  |  |  |
| 17 | ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย | 0123 | * ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล
* มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ
* มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ
* มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก
 |  |  |  |
| 18 | อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล  | 0123 | * ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร
* อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน
* อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน
* อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน
 |  |  |  |
|  |  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09-18 (X)=** | **ผลลัพธ์=**{**(X) /30**} **x 100=…………..%** |  |
|  | **องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก** |
|  | **3.1 กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน** |
| 19 | การเดินสำรวจสถาน-ประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง | 0123 | * ไม่มีการเดินสำรวจ
* มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน
* มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง
* ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง
 |  |  |  |
| 20 | การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผนและออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ | 0123 | * ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
* ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
* จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ
* จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่าง ๆ
 |  |  |  |
| 21 | การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน | 0123 | * ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีว-อนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
* มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่
* มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯโดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการให้บริการ
* มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯโดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ
 |  |  |  |
| 22 | การสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีว-อนามัยของโรงพยาบาล  | 0123 | * ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน
* มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล
* มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง
* มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
 |  |  |  |
|  | **3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม** |
| 23 | การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย | 0123 | * ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย
* มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว-อนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล
* มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว-อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล
* มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว-อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คลอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ
 |  |  |  |
| 24 | การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ | 0123 | * ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม
* มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่
* จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการ เฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่
* วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี
 |  |  |  |
| 25 | การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0123 | * ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน
* มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล
* มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม

-มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |
| 26 | จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก  | 0123 | * จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา
* จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา
* จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา
* จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน
 |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| 27 | การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร  | 0123 | * มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น
* มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง
* มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง
* มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป
 |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27 (X)** | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/27**} **x 100=……………….%** |
|  | **องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ** |
| 28 | การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ | 0123 | * ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ
* มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ
* มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ
* มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม-สิ่งแวดล้อม
 |  |  |  |
| 29 | การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน | 0123 | * ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน
* มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน
* มีการตรวจสุขภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ
* มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา
 |  |  |  |
| 30 | การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน  | 0123 | * ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน
* มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ
* มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
* มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา
 |  |  |  |
| 31 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0123 | * ไม่มีการคัดกรอง
* มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม
* มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม
* มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด
 |  |  |  |
| 32 | การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0123 | * ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากทำงาน
* มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน ตามแนวทางที่กำหนด
* มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ
* มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด
 |  |  |  |
| 33 | การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน | 0123 | * ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
* มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน
* มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 34 | การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management) | 0123 | * ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน
* มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน
* มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ
* มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม
 |  |  |  |
| 35 | การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ | 0123 | * ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม
* มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง
* มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
* มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
 |  |  |  |
| 36 | การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง | 0123 | -ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ * มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ
* มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย
 |  |  |  |
| 37 | จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน | 0123 | * จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
* จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา
* จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา
* จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน
 |  |  |  |
|  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28 - 37 (X)** | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/30**} **x 100 =…………..%** |
|  | **องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** |  |  |  |
| 38 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม | 0123 | * ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
* มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่
* มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด
* มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
 |  |  |  |
| 39 | การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม) | 0123 | * ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
* มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
* ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน
* มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป
 |  |  |  |
| 40 | การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม) | 0123 | -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม-มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |  |  |
| 41 | การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา | 0123 | * ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง
* มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง
* มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง
* มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
 |  |  |  |
| 42 | การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่ | 0123 | * ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม
* จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม
* ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
* จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น
 |  |  |  |
|  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 38-42 (X)** | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/15**} **x 100 =…………..%** |

 **สรุปผลการประเมินตนเอง**

 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

 ( ) เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-2) ( ) ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 (ร้อยละ 50 ขึ้นไป))

 ( ) ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 (ร้อยละ 60 ขึ้นไป)) ( ) ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่1- 4และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป))

 **ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน**

 1……………………………………………………………………………………………………

 2……………………………………………………………………………………………………

 3.……………………………………………………………………………………………………

 **ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน**

 1……………………………………………………………………………………………………

 2……………………………………………………………………………………………………

 3.……………………………………………………………………………………………………

 **ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา**

 1……………………………………………………………………………………………………

 2……………………………………………………………………………………………………

 3.……………………………………………………………………………………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 53 จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและแบบรายงานตัวชี้วัด)**

**(สำหรับจังหวัดนำร่อง)**

1. **โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน**

|  |
| --- |
| **เมืองสมุนไพรจังหวัดนำร่อง** |
|  | 1. เชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1)  |
|  | 2. ปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) |
|  | 3. สกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) |
|  | 4. สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11) |

1. **โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้**

| **ประเด็นการประเมิน** | **รายละเอียด****ของผลการดำเนินงาน** | **ผลการประเมิน** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** |  |
| **มาตรการทื่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน**  |
| 1.1 มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม |  |  |  |  |
| 1.2 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด |  |  |  |  |
| 1.3 มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร  |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร** |
| 2.1 มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี |  |  |  |  |
| 2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)** |
| 3.1 เพิ่มจำนวน Shop / Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง  |  |  |  |  |
| 3.2 มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น 1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ 2) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)  |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)** |
| 4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จังหวัดนำร่อง) |  |  |  |  |
| 4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| 4.3 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน** |  |  |  |

**ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**(สำหรับจังหวัดส่วนขยาย)**

1. **โปรดทำเครื่องหมาย** 🗸 **เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน**

|  |
| --- |
| **.......... เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย** |
|  | 1. พิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2) |  | 6. มหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) |
|  | 2. อุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) |  | 7. สุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) |
|  | 3. สระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) |  | 8. อำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) |
|  | 4. นครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) |  | 9. สงขลา (เขตสุขภาพที่ 12) |
|  | 5. จันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) |

1. **โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นการประเมิน** | **รายละเอียด****ของผลการดำเนินงาน** | **ผลการประเมิน** | **หมายเหตุ** |
| **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** |  |
| **มาตรการทื่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน**  |
| 1.1 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด  |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร** |
| 2.1 มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร |  |  |  |  |
| 2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)** |
| 3.1 จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |  |
| 3.2 บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan) |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)** |
| 4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (จังหวัดส่วนขยาย)  |  |  |  |  |
| 4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| 4.3 . ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน** |  |  |  |

**ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด**

**แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

**เขตสุขภาพที่.....................วันที่.................................ชื่อผู้รายงาน..............................................................**

| **องค์ประกอบ** | **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ** | **รายละเอียดข้อมูล****ผลการดำเนินงาน** | **คะแนนที่ได้** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ | 5 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 4 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 3 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 2 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 1 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
| 2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100 |  |  |
|  | 4 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80 |  |  |
|  | 3 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60 |  |  |
|  | 2 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40 |  |  |
|  | 1 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20 |  |  |
| 3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100 |  |  |
|  | 4 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90 |  |  |
|  | 3 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80 |  |  |
|  | 2 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ70 |  |  |
|  | 1 | การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ 60 |  |  |
| 4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 4 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 3 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 2 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 1 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย |  |  |
| 5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ | 5 | ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |  |  |
|  | 4 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |  |  |
|  | 3 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต) |  |  |
|  | 2 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |  |  |
|  | 1 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต) |  |  |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด**

**แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

**ระดับบริการ................ชื่อ-สกุล.......................ตำแหน่ง.......................................ผู้รวบรวมข้อมูล**

**1. ระดับปฐมภูมิ 2. ระดับทุติยภูมิ 3. ระดับตติยภูมิ 4. ระดับExcellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ**

| **กลุ่มบุคลากร** | **ชื่อวิชาชีพ** | **จำนวนที่ต้องการพัฒนา(แผน)** | **จำนวนที่ได้รับการพัฒนา(ผล)** | **ร้อยละที่ได้รับการพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.กลุ่มวิชาชีพ | 1.แพทย์ |  |  |  |
|  | 2.ทันตแพทย์ |  |  |  |
|  | 3.เภสัชกร |  |  |  |
|  | 4.พยาบาล |  |  |  |
|  | 5.นักเทคนิคการแพทย์ |  |  |  |
|  | 6.นักกายภาพบำบัด |  |  |  |
|  | 7.นักวิชาการสาธารณสุข |  |  |  |
| 2.กลุ่มสหวิชาชีพ | 8.นักรังสีการแพทย์ |  |  |  |
|  | 9.นักกิจกรรมบำบัด |  |  |  |
|  | 10.นักจิตวิทยาคลินิค/นักจิตวิทยา |  |  |  |
|  | 11.นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย |  |  |  |
|  | 12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก |  |  |  |
|  | 13.นักฟิสิกส์รังสี |  |  |  |
|  | 14.แพทย์แผนไทย |  |  |  |
|  | 15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข |  |  |  |
|  | 16.นักโภชนาการ |  |  |  |
|  | 17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ |  |  |  |
|  | 18.นักสังคมสงเคราะห์ |  |  |  |
|  | 19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ |  |  |  |
|  | 20.นักกายอุปกรณ์ |  |  |  |
|  | 21.นักวิชาการอาหารและยา |  |  |  |
| 3.บุคลากรสนับสนุน | 22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข |  |  |  |
|  | 23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม |  |  |  |
|  | 24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข |  |  |  |
|  | 25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ |  |  |  |
|  | 26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ |  |  |  |
|  | 27.เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน |  |  |  |
|  | 28.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ |  |  |  |
| 4.บุคลากรสนับสนุน | 1.นิติกร |  |  |  |
|  | 2.นักทรัพยากรบุคคล |  |  |  |
|  | 3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี |  |  |  |
|  | 4.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ |  |  |  |
|  | 5.นักจัดการงานทั่วไป |  |  |  |
|  | 6.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ |  |  |  |
|  | 7.นักสถิติ |  |  |  |
|  | 8.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา |  |  |  |
|  | 9.เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ |  |  |  |
|  | 10.เจ้าพนักงานธุรการ |  |  |  |
| 5.ผู้บริหาร | ระดับสูง |  |  |  |
|  | ระดับกลาง |  |  |  |
|  | ระดับต้น |  |  |  |
|   | **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |

**หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับ 5 เท่ากับร้อยละ 80-100

ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60-80

ระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 40-60

ระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20-40

ระดับ 1 เท่ากับร้อยละ ต่ำกว่าร้อยละ 20

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 66 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล**

|  |
| --- |
| **หน่วยบริการคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก (คิดเป็นร้อยละ) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...............................................** |
| **ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน: 1 ตุลาคม 2560 – 31 ธันวาคม 2560)** |
| **ชื่อหน่วยบริการ** | **เกณฑ์คุณภาพข้อมูล OPD** | **ร้อยละ** | **คะแนนคุณภาพ** |
|  | **เวลา** | **CC** | **ประวัติการเจ็บป่วย** | **ตรวจร่างกาย** | **คำวินิจฉัย** | **การรักษา** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |  | **การให้รหัส (ร้อยละ)** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **\* CC : อาการสำคัญ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **หมายเหตุ**: รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การให้คะแนน มีอยู่ในคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 |

|  |
| --- |
| **หน่วยบริการคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน (คิดเป็นร้อยละ) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...............................................** |
| **ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน: 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2560)** |
| **ชื่อหน่วยบริการ** | **เกณฑ์คุณภาพข้อมูล IPD** | **ร้อยละ** | **คะแนนคุณภาพ** |
|  | **เวลา** | **DS1**  | **DS2** | **Hx** | **PE** | **Progress** | **OP** | **OB** | **Nurse** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |  | **การให้รหัส (ร้อยละ)** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **\* DS1 = Discharge Summary ส่วนของแพทย์, DS2 = Discharge Summary ส่วนอื่น, Hx = บันทึก ประวัติ, PE = บันทึกการตรวจร่างกาย, Progress = Progress Note,** |
|  **Op = บันทึกการผ่าตัด, OB = บันทึก การคลอด, Nurse = Nurses’ Note** |
|  **หมายเหตุ:** รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การให้คะแนน มีอยู่ในคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 |