

## คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัด

การปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ยุทธศาสตร์กระทรวง (๔E)	๑. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)		
แผนงานกระทรวง	๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)		
โครงการกระทรวง	๑.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ(DHS)		
ตัวชี้วัดกระทรวง	๓๑. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ		
เป้าประสงค์ สสจ.บุรีรัมย์	๑. จังหวัดบุรีรัมย์เป็นต้นแบบของการจัดการเมืองสุขภาพดีของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการสร้างสังคมสุขภาพบนฐานการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน และการมีพันธสัญญาเชิงนโยบายอย่างเข้มแข็ง		
กลยุทธ์ สสจ.บุรีรัมย์	๑. สร้าง สังคมสุขภาพบนฐานการผสมพลังของการมีส่วนร่วมของ ภาคีทุกภาคส่วนในระดับนโยบาย และการมีพันธสัญญาเชิงพื้นที่อย่างเข้มแข็งในการร่วมจัดสรรทรัพยากร และร่วมขับเคลื่อนวาระสุขภาพจังหวัด “คนบุรีรัมย์กินเพื่อสุขภาพดี เล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ สุขภาพดีเป็นหน้าที่ของทุกคน”		
นโยบาย นพ.สสจ.บุรีรัมย์	-		
ชื่อตัวชี้วัด	๓๑. ร้อยละ ของอำเภอ DHS-PCA ผ่านระดับ ๔ ขึ้นไป		
เกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๐	ร้อยละ ๑๐๐	หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ ๑.๐๐๐๐	ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Monitoring
หน่วยรับประเมิน	<input checked="" type="checkbox"/> คปสอ.	<input type="checkbox"/> รพช.	<input type="checkbox"/> สสอ.

## คำนิยาม

**ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS)** เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกัน กับทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน

**ระบบบริการปฐมภูมิ** หมายถึง ระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน และที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (Catchments Population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)

**ชุมชนและท้องถิ่น** หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีทุกภาคส่วน

**คุณภาพ** หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

๑. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทาง DHS - PCA ดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE ดังนี้

๑. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)
๒. ประชาชนและผู้รับบริการ ได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus)
๓. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community Participation)
๔. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation)
๕. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)
๖. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)

๒. มีการจัดการ ให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute และ Chronic Care

๑. มีการดำเนินการ ให้มีทีมหมอครอบครัว เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล พัฒนาการเด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ จิตเวช

๒. มีการจัดการ ให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute และ Chronic care **ไม่น้อยกว่า ๕ เรื่อง (ศูนย์เด็กคุณภาพ/ เด็กจมน้ำ/ วัยรุ่น/ อุบัติเหตุทางถนน/ Long Term care)**

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลสุขภาพประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมกันภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่

### วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. คณะกรรมการ DHS-PCA ระดับอำเภอ ประเมินตนเองเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๐
  ๒. คณะกรรมการ DHS-PCA ระดับจังหวัด ประเมิน เดือน เมษายน – พฤษภาคม ๒๕๖๐
  ๓. คณะกรรมการ DHS-PCA ระดับเขต ประเมิน เดือน เมษายน – มิถุนายน ๒๕๖๐
- สุ่มประเมินจาก ๔ จังหวัดๆละ ๓ อำเภอๆละ ๒ รพ.สต. (ไม่ซ้ำกับอำเภอเป้าหมาย ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙)

ขั้นตอนการเยี่ยมเสริมพลัง ดังนี้

๑.เตรียมความพร้อมของทีม Overview ภาพรวมของการลงเยี่ยมสำรวจเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ออกแบบการเก็บข้อมูลร่วมกัน และจัดทีมในการเก็บข้อมูล

๒.ฟังบรรยายภาพรวมของการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอและแลกเปลี่ยนซักถามข้อมูลเพิ่มเติม

๓. ลงพื้นที่เก็บข้อมูล ได้แก่

๓.๑ พื้นที่โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มที่ ๑ : ทีมบริหาร CUP (คุยกับผู้บริหาร CUP แกนนำ CUP)

กลุ่มที่ ๒ : ทีมบริการ (คุยกับหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้องในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาล) และคุยกับผู้ป่วย

และญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลและสังเกตการณ์ให้บริการ (ไม่เป็นทางการ)

กลุ่มที่ ๓ : ทีมชุมชน (ลงชุมชน รอบๆ โรงพยาบาล หรือ PCU ของโรงพยาบาล (ถ้ามี))

๓.๒ พื้นที่ รพ.สต. แห่งที่ ๑ และ แห่งที่ ๒

กลุ่มที่ ๑ : พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (ผอ.รพ./เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง)

กลุ่มที่ ๒ : แกนนำ (ผู้นำชุมชน/ ท้องถิ่น/ อสม.)

กลุ่มที่ ๓ : ลงชุมชน (พูดคุยกับชาวบ้าน, เยี่ยมผู้ป่วย, ญาติ, พระ, โรงเรียน และกลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่

เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)) แบบไม่เป็นทางการ

### แหล่งข้อมูลเชิงคุณภาพ

๑. CUP Profile DHS-PCA

๒. สรุปผลการดำเนินงาน ODOP อย่างน้อย ๕ เรื่อง (ศูนย์เด็กคุณภาพ/ เด็กจมน้ำ/ วัยรุ่น/ อุบัติเหตุทางถนน/ Long Term care)

๓. สรุปการจัดโครงสร้าง การพัฒนาศักยภาพ และผลการดำเนินงานของ ทีมหมอครอบครัวอย่างน้อย ๕ เรื่อง ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล พัฒนาการเด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจิตเวช

๔. แบบรายงานประเมินตนเอง DHS – PCA ระดับอำเภอ

## เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๑ และรอบที่ ๒

กิจกรรมดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
๓๑. ร้อยละ ของอำเภอ DHS-PCA ผ่านระดับ ๔ ขึ้นไป	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

## คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ ตาม UCCARE

## ทีมสุขภาพ (Heath Team) หมายถึง

๑. ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน(ทีม รพ. กับ รพ., ทีม รพ.สต. กับ ทีม รพ.สต.)
๒. ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีม รพ. กับทีม รพ.สต.)
๓. ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคี ภาคส่วนต่างๆ)

**ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ(Health Need) หมายถึง** ประเด็นปัญหา หรือ ประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ Felt need (เช่นการรักษา ฟันฟู) และ unfelt need(เช่น ส่งเสริม ป้องกัน)

**ความผูกพัน (Engagement) หมายถึง** การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้น ในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร

**Resource หมายถึง** คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน

**Essential Care หมายถึง** บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้อง กับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของภาคีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

## แนวทางการให้คะแนน

ที่	องค์ประกอบ	ขั้นที่	ระดับการพัฒนา ๕ ขั้น
๑	การทำงานร่วมกัน ในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)	๑	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ
		๒	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือมีภาคีภาคส่วน ร่วมด้วย
		๓	<u>Cross Functional</u> เป็นทีมระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันโดยมีภาคีภาคส่วน ร่วมด้วยบางส่วน
		๔	Fully Integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้ง และแนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วน ร่วมด้วย
		๕	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ <u>ร่วมเป็นทีม</u> กับเครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพ
๒	ประชาชนและผู้รับบริการได้รับ บริการตามความ จำเป็น(Customer Focus)	๑	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive
		๒	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง
		๓	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไขปรับปรุงระบบงาน
		๔	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
		๕	ความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพันและมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัด

การปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ที่	องค์ประกอบ	ชั้นที่	ระดับการพัฒนา ๕ ชั้น
๓.	การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community Participation)	๑	มีแนวทางหรือเริ่มให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ
		๒	ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพในงานที่หลากหลายและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น
		๓	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิและการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม
		๔	ชุมชนและเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพและมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น
		๕	ชุมชนและเครือข่าย ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
๔	การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation)	๑	มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากร
		๒	มีการขยายการดำเนินการ ตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น ในแต่ละหน่วยงานหรือในแต่ละระดับ
		๓	ดำเนินการ ตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน(Engagement) ของบุคลากร ให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ
		๔	เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท
		๕	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับผิดชอบต่อคุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
๕	การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)	๑	มีแนวทางหรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันและพัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน
		๒	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็นหรือบางระบบ
		๓	มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ
		๔	มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
		๕	มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ(ไม่มีกำแพงกัน) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน
๖	การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care)	๑	๑. มีแนวทางหรือเริ่มดำเนินการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่มตามบริบทของชุมชน
		๒	๒. มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสูง
		๓	๓. มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท ตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน แต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่
		๔	๔. มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบดูแลสุขภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น
		๕	๕. มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่าง บูรณาการร่วมกับประชาชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี

## การแปลผลการประเมิน

ระดับ ๕ = บูรณาการ : ทั้ง ๖ องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ ๕

ระดับ ๔ = เรียนรู้ : ทั้ง ๖ องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ ๔ ขึ้นไป

ระดับ ๓ = ดำเนินการเป็นระบบและ หรือครอบคลุม : ทั้ง ๖ องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ ๓ ขึ้นไป

ระดับ ๒ = ขยายการดำเนินการ : มีบางองค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ ๒ ขึ้นไป

ระดับ ๑ = เริ่มมีแนวทางและ หรือเริ่มดำเนินการ : มีบางองค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ ๑ ขึ้นไป

หมายเหตุ : ทุกระดับ ต้องมีการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย ดังนี้

๑. มีการดำเนินการ ให้มีทีมหมอครอบครัว เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล พัฒนาการเด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ จิตเวช

๒. มีการจัดการ ให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute และ Chronic care ไม่น้อยกว่า ๕ เรื่อง (ศูนย์เด็กคุณภาพ/ เด็กจมน้ำ/ วัยรุ่น/ อุบัติเหตุทางถนน/ Long Term care)

## รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
๓๑.๑ จำนวนอำเภอ DHS-PCA ผ่านระดับ ๓	แห่ง	-	๑๓	๗
๓๑.๒ จำนวนอำเภอ DHS-PCA ผ่านระดับ ๔	แห่ง	-	๑๐	๑๖

## ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางปาริชาติ เดี่ยวพานิช

โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๔๔๖๑ ๑๕๖๒ ต่อ ๑๒๔, ๑๒๕

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๑๙๖๖ ๕๐๔๗

## ผู้จัดเก็บข้อมูล

นางสาวเบญญา ลวกโธสง

โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๔๔๖๑ ๑๕๖๒ ต่อ ๑๒๔, ๑๒๕

นางสาวพัทธ์ชนก พุทธรณสิงห์

โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๔๔๖๑ ๑๕๖๒ ต่อ ๑๒๔, ๑๒๕

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๑๘๗๖ ๔๙๘๐

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทรศัพท์มือถือ ๐๘๘-๐๕๕๗๐๕๖