



คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ 2560

ระดับจังหวัด

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 117 โทรสาร 0 4241 2650

<http://www.nko.moph.go.th> ณ วันที่ 9 มกราคม 2560

คำนำ

สืบเนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข โดยมีวิสัยทัศน์เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี และมีการพัฒนาการดำเนินงาน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์จังหวัด โดยใช้กระบวนการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพในการนำ ยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีการทำความเข้าใจความตกลงผลการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์รวมทั้งมีการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามข้อตกลง

สำหรับคู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปี งบประมาณ 2560 ได้จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพ ชุมชนในโรงพยาบาล (ศสม./ศสช.) ในการวางแผน นิเทศติดตาม และประเมินผลงานสาธารณสุขได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน และวิธีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด ซึ่งจะช่วยให้พื้นที่ได้เตรียมความพร้อม ในเรื่องต่างๆ ได้ครบถ้วนและสอดคล้องกับกรอบและแนวทางการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2560 ด้วย

นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
8 พฤศจิกายน 2559

สารบัญ

	หน้า
แผนพัฒนาจังหวัดหนองคาย พ.ศ.2560-2564	1
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคายพ.ศ.2560-2564	3
การนิเทศงานและประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย	10
กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560	17
ตัวชี้วัด ตามประเด็นยุทธศาสตร์ (น้ำหนักร้อยละ 60)	21
มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์	23
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	23
2. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับลดลง	27
3. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง NCD ระดับดีมาก-ดีเยี่ยม	28
4. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	30
5. ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	34
6. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 14 ต่อแสน ปชก.	36
7. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน	38
8. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	40
9. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	42
10. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	44
11. จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR2005 12 เป้าหมาย	47
12. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ระดับพื้นฐาน	49
13. จังหวัด มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	51
14. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ระดับดี	53
15. ไม่เกิดการระบาดด้วยโรคอุบัติใหม่ (EID)	55
16. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	57
17. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	59
18. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง	61
19. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	63
มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพ	64
20. ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี)	64
21. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ และผลงาน 4PA ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	67

	หน้า
22. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลศักยภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	70
23. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน 8PA ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	73
24. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง HA (ปี 59=6 รพ., ปี 60=7 รพ.)	76
25. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง 2P Safety	78
26. ร้อยละของหน่วยบริการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	80
27. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	86
มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ	88
28. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ไม่มีภาวะวิกฤติระดับ 7	88
29. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	91
30. หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)	94
31. ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใบยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม	98
32. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด	100
มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร	104
33. หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	104
34. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้	108
35. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place)	110
36. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์	111
37. ร้อยละของจังหวัด/อำเภอที่มีการดำเนินการจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ	114
38.1 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับก้าวหน้า PL: Progressive Level (หมวด 1 และ หมวด 2)	116
38.2 ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA	118
ตัวชี้วัด กลุ่มวัย (น้ำหนักร้อยละ 10)	123
1. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	125
2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย	129
3. อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน	133
4. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี	135
5. ร้อยละตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	137
6. ร้อยละของ healthy aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2559	141

	หน้า
ตัวชี้วัด Service Plan (น้ำหนักร้อยละ 30)	149
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	151
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	153
3. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ต่อแสน)	154
4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล	155
5. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	161
6. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	163
7. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	164
8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	169
9. อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร	172
10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ	173
11. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 50	174
12. ร้อยละ 80 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา	175
13. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา	176
14. อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis)	177
15. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดลงร้อยละ	178
16. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ภายใน 30 นาที	179
17. อัตราตายผู้ป่วย stroke $\leq$ ร้อยละ 7	180
18. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	181
19. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ	184
20. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m ² /yr	186
21. ร้อยละของ รพ.สต. มีการจัด CKD Corner	187
22. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	189
23. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา	190
24. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม	192
25. เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	194
26. ประชาชนร้อยละ 32 เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน	196
27. จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ	197
28. ร้อยละของทีม ECS คุณภาพใน รพ.ทุกแห่ง	200
29. ร้อยละของ ER คุณภาพใน รพ.ทุกระดับ	204
30. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ.ทุกระดับ	206
31. อัตราการเสียชีวิตจาก Trauma	209

	หน้า
ภาคผนวก	ผ 1
ภาคผนวก UCCARE	ผ 3
ภาคผนวก GREEN & CLEAN HOSPITAL	ผ 10
ภาคผนวก ITA	ผ 21
ภาคผนวก กลุ่มวัย (MCH คุณภาพระดับอำเภอ)	ผ 32
เกณฑ์การประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	page 1
เกณฑ์ ภาคผนวก 1	page 5
เกณฑ์ ภาคผนวก 2	page 6
เกณฑ์ ภาคผนวก 3	page 7
เกณฑ์ ภาคผนวก 4	page 9
เกณฑ์ ภาคผนวก 5	page 11
เกณฑ์ ภาคผนวก 6	page 13
เกณฑ์ ภาคผนวก 7	page 41



แผนพัฒนาจังหวัดหนองคาย

พ.ศ.2560-2564

วิสัยทัศน์

“เกษตรอุตสาหกรรมวัฒนธรรมรุ่งเรือง เมืองท่องเที่ยวลุ่มน้ำโขง”

พันธกิจ

1. สร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผลผลิตทางการเกษตรโดยให้ความเชื่อมโยงกับระบบอุตสาหกรรม และการค้า
2. ส่งเสริม สนับสนุนการนำนวัตกรรม เทคโนโลยีการผลิตมาใช้ในภาคเกษตร อุตสาหกรรม และท่องเที่ยว
3. พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวให้ได้มาตรฐานและเชื่อมโยงกับการเกษตรและวัฒนธรรมลุ่มน้ำโขง

เป้าประสงค์รวม

เพิ่มรายได้จากภาคเกษตร อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว และการค้า

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายรวม

1. มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GPP) ภาคเกษตรเพิ่มขึ้นร้อยละ 8
2. รายได้จากการท่องเที่ยว เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
3. มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภาคอุตสาหกรรม เพิ่มขึ้นร้อยละ 5

ค่านิยม

หนองคายเมืองสะอาด สะอาด ปลอดภัย มั่นใจ น่าอยู่

ประเด็นยุทธศาสตร์

(1) ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการเกษตรยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐาน การผลิต การค้า การลงทุน การท่องเที่ยวและการบริการ มุ่งสู่ประชาคมอาเซียน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างความมั่นคงเพื่อสังคมสงบสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาคมน ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อมให้เป็นเมืองน่าอยู่

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการให้บริการประชาชนสู่มาตรฐานสากล

(2) จุดยืนทางยุทธศาสตร์ (Positioning)

- (1) ส่งเสริมเกษตรยั่งยืน
- (2) ส่งเสริมการท่องเที่ยว
- (3) ส่งเสริมการค้าชายแดน การลงทุน ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์

(1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการเกษตรยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพการผลิต การจัดการตลาดสินค้าเกษตร และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการเกษตร

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพเกษตรกร และสถาบันเกษตรกรให้มีความเข้มแข็ง

(2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐาน การผลิต การค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และการบริการ มุ่งสู่ประชาคมอาเซียน

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบโลจิสติกส์เชื่อมโยงพื้นที่เศรษฐกิจการค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และการบริการ

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการท่องเที่ยว

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสินค้า OTOP

กลยุทธ์ที่ 4 สร้างความร่วมมือด้านการค้า การลงทุน และการท่องเที่ยวภายในและระหว่างประเทศ

(3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างความมั่นคงเพื่อสังคมสงบสุข

กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและปราบปรามภัยคุกคามด้านความมั่นคง

กลยุทธ์ที่ 2 การจัดการความมั่นคงพื้นที่ชายแดน

กลยุทธ์ที่ 3 การเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประเทศเพื่อนบ้าน

(4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาคชน ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมให้เป็นเมืองน่าอยู่

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคม สาธารณสุข และการศึกษา

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการให้บริการประชาชนสู่มาตรฐานสากล

กลยุทธ์ที่ 1 การเสริมสร้างการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดหนองคาย

พ.ศ.2560-2564

1. วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี”

คำนิยามวิสัยทัศน์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เป็นองค์กรด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพของจังหวัดหนองคาย ที่มีระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ สามารถสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพให้ได้มาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อให้คนหนองคายมีสุขภาพดี

การประเมินผลวิสัยทัศน์

ประเมินจากเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ “คนหนองคายสุขภาพดี”

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี
(จ.หนองคาย มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ชาย 73.38 ปี หญิง 78.91 ปี)
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี

2. พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)
2. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและระบบคุณภาพ HA DHS-PCA และคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
3. สร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดหนองคายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3. ค่านิยม (Core Values)

NKPPHO --> N : Network to Action สร้างเครือข่ายนักปฏิบัติ

K : Keep Learning for Change เรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

P : Positive Approach ใช้วิธีการเชิงบวก

P : People Asset สร้างเครือข่ายประชาชนผูกโยงด้วยสัมพันธภาพ

H : Honest and Harmony มีความซื่อสัตย์และสามัคคี

O : Originality มีความคิดริเริ่ม

4. ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ
2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทดียบภูมิ และตติยภูมิ ดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ
3. ส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคให้ได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
5. พัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

5. จุดยืนทางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ (Positioning)

1. สร้างสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCD Management)
2. พัฒนาคุณภาพและระบบบริการสุขภาพ (Quality & Service Excellence)
3. ส่งเสริมอาหารปลอดภัย (Food Safety)
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรค (Surveillance & Disease Control)
5. พัฒนาระบบธรรมาภิบาล (Governance)

6. เป้าประสงค์ (Goal)

1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุลดลง
2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทดียบภูมิ และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
3. ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง
4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง
5. ระบบบริหารจัดการ ธรรมาภิบาล การเงินการคลัง งานวิจัยและระบบ IT สนับสนุนการจัดบริการตามมาตรฐาน PMQA

7. กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ

- กลยุทธ์ : 1. พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อ
 3. พัฒนาระบบควบคุม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทดียบภูมิ และตติยภูมิ ดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ

- กลยุทธ์ : 1. พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ทดียบภูมิ ตติยภูมิตามมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริการทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
 3. พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน

- กลยุทธ์ : 1. ส่งเสริมตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. ให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน
2. พัฒนาคุณภาพอาหารสด อาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามที่กำหนด
 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง
 4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วง ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคให้ได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

- กลยุทธ์ : 1. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคตามมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคตามแนวชายแดน
3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

- กลยุทธ์ : 1. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูล
2. พัฒนาระบบการควบคุมประสิทธิภาพด้านการบริหารการเงินการคลัง (FAI)
3. พัฒนาหน่วยงานให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity & transparency Assessment)
4. สร้างและพัฒนากลไกในการทำการวิจัย R2R และจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ
5. พัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการองค์กร ตามมาตรฐาน PMQA

8. ความสัมพันธ์ของประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และเป้าประสงค์

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าประสงค์
1. พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันโรคมาลาเรีย โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ	1. พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อ 3. พัฒนาระบบควบคุม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน	1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคมาลาเรีย โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุลดลง
2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทดียบภูมิ และตติยภูมิ ดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ	1. พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ทดียบภูมิ ตติยภูมิตามมาตรฐาน 2. พัฒนาระบบบริการทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 3. พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan	2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทดียบภูมิ และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
3. ส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน	1. ส่งเสริมตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน 2. พัฒนาคุณภาพอาหารสด อาหารแปรรูป ได้มาตรฐานตามที่กำหนด 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง 4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วง ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน	3. ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าประสงค์
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค	1. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค ตามมาตรฐาน 2. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค ตามแนวชายแดน 3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลโรค ใช้เลือดออก	4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วย ใช้เลือดออกลดลง
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการ สุขภาพ	1. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูล 2. พัฒนาระบบการควบคุมประสิทธิภาพ ด้านการบริหารการเงินการคลัง (FAI) 3. พัฒนาหน่วยงานให้ผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity & transparency Assessment) 4. สร้างและพัฒนากลไกในการทำการวิจัย R2R และจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็น ระบบ 5. พัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์และ การบริหารจัดการองค์กร ตามมาตรฐาน PMQA	5. ระบบบริหารจัดการ ธรร มาภิบาล การเงินการคลัง งานวิจัยและระบบ IT สนับสนุนการจัดบริการ ตามมาตรฐาน PMQA

9. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร

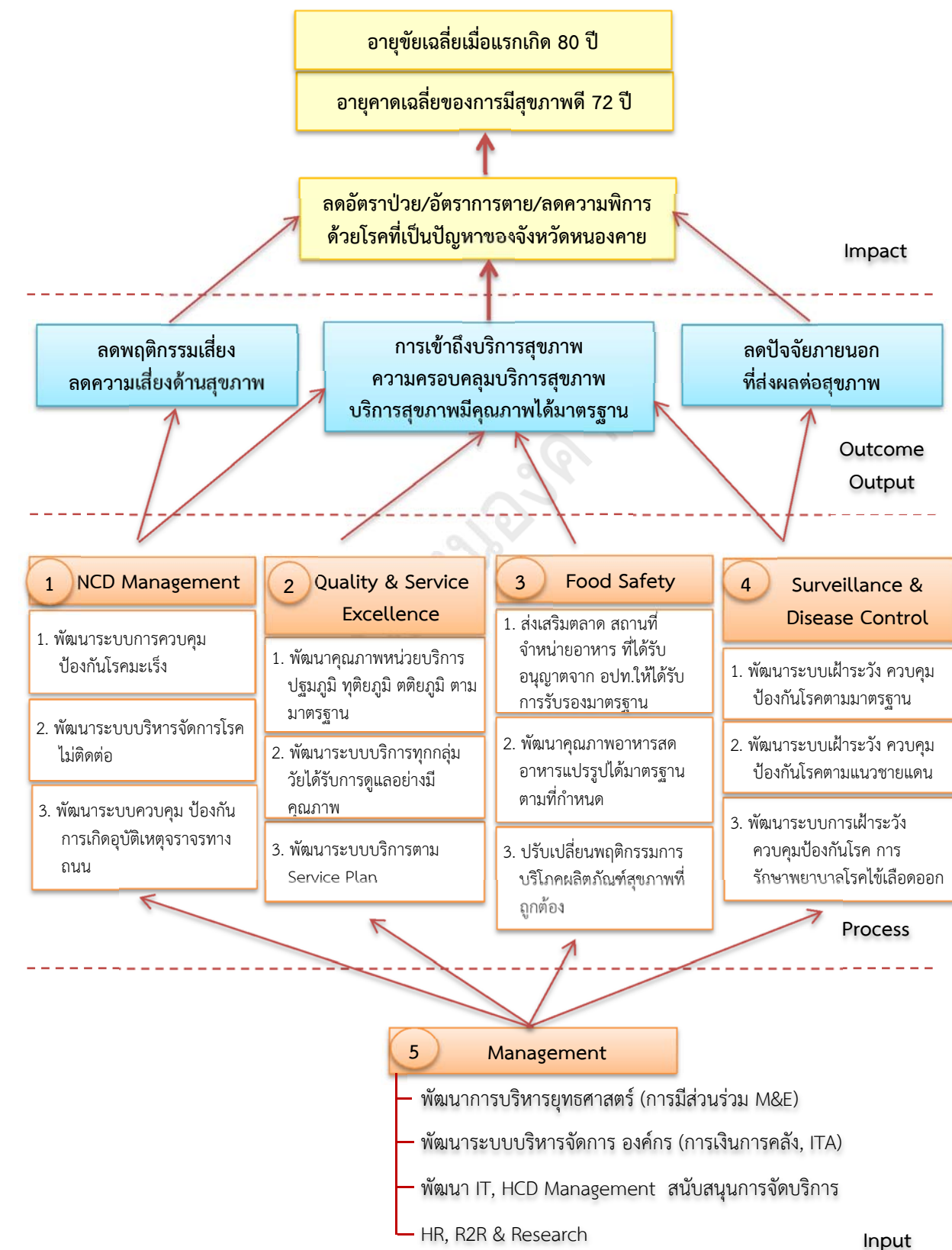
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับลดลง
3. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง NCD ระดับดีมาก-ดีเยี่ยม (4-5 คะแนน)
4. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
5. ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ
6. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 14 ต่อแสน ปชก.
7. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. ได้รับการรับรองมาตรฐาน
8. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
9. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง
10. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง
11. จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR2005 12 เป้าหมาย
12. อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR 2005)
13. จังหวัด มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน ได้จริง
14. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

15. ไม่เกิดการระบาดด้วยโรคอุบัติใหม่ (EID)
16. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
17. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด
18. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง >ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง
19. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13
20. ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี)
21. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ และผลงาน 4PA ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
22. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลศักยภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)
23. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน 8PA ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
24. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง HA
25. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง 2P Safety
26. ร้อยละของหน่วยบริการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
27. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
28. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ไม่มีภาวะวิกฤติระดับ 7
29. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป
30. หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)
31. ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีโซยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม
32. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินกำหนด
33. ร้อยละจังหวัดและหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
34. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้
35. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place)
36. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์
37. ร้อยละของจังหวัด/อำเภอที่มีการดำเนินงานการจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ
38. หน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA

Big Picture

Health System Development : Nong Khai, 2017

ความสัมพันธ์ของยุทธศาสตร์และผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ตามกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560



แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy map)

วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคาย สุขภาพดี”				
พันธกิจ	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการตามเกณฑ์ PMQA 2. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข และระบบคุณภาพ HA, PCA และคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน 3. สร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดหนองคาย			
เป้าหมาย	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี 2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อย 72 ปี			
ประเด็นยุทธศาสตร์	1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุลดลง 2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทดเยี่ยม และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 3. ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง 4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง 5. ระบบบริหารจัดการ ทรัพยากร การเงินการคลัง งานวิจัยและระบบ IT สนับสนุนการจัดบริการตามมาตรฐาน PMQA			
มิติที่ 1 ประสิทธิภาพ	1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุลดลง 3. ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง 4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง			
มิติที่ 2 คุณภาพ	2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทดเยี่ยม และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ			
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ	5. ระบบบริหารจัดการ ทรัพยากร การเงินการคลัง งานวิจัยและระบบ IT สนับสนุนการจัดบริการตามมาตรฐาน PMQA - Financial, ITA			
มิติที่ 4 พัฒนาองค์กร	5. ระบบบริหารจัดการ ทรัพยากร การเงินการคลัง งานวิจัยและระบบ IT สนับสนุนการจัดบริการตามมาตรฐาน PMQA - IT, HR (Happy Work Life Index/Happy work place Index/R2R & Research & KM), PMQA			

ค่านิยมร่วม : **NKPPHO** (Network to Action สร้างเครือข่ายนักปฏิบัติ, Keep Learning for Change เรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น, Positive Approach ใช้วิธีการเชิงบวก, People Asset สร้างเครือข่ายประชาชนผูกโยงด้วยสัมพันธ์ภาพ, Honest and Harmony มีความซื่อสัตย์และสามัคคี, Originality มีความคิดริเริ่ม)

การนิเทศงานและประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย

1) หลักการและที่มา

การนิเทศงานและประเมินผลงานสาธารณสุข เป็นภารกิจสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และเป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารยุทธศาสตร์ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มีวัตถุประสงค์ เพื่อชี้แจง แนะนำ ทำความเข้าใจกับหน่วยงานในสังกัดในการปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรการ Quick Win 5 Goal Setting ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2560-2564 และให้หน่วยงานวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ แผนงาน โครงการกิจกรรมที่จะดำเนินการ และประเมินตนเองเบื้องต้นว่าตนเองอยู่ในสถานะใด เพื่อจะได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน พร้อมทั้งร่วมกันปัญหาอุปสรรค รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงานตาม 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของจังหวัดหนองคาย เพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการรับฟัง ความคิดเห็น ความต้องการและข้อเสนอแนะ ของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ตำบล และร่วมให้การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ให้สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2560-2564

2) วัตถุประสงค์

1. เพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ การประเมินตนเอง และนิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับและเร่งรัดการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการที่กำหนดไว้ตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ
2. เพื่อวัดผลการปฏิบัติงาน และการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานตามนโยบายและการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงาน เพื่อนำไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์
4. เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายต่อไป

3) การนิเทศงาน

แนวทางการนิเทศงาน

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี 2560 ในการประชุมชี้แจงการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปี 2560
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี 2560 แก่บุคลากรในสังกัด และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ปี 2560 ตามแนวทางและมาตรการที่กำหนดครอบคลุมงานตาม 5 Goal Setting, กลุ่มวัย, Service Plan และ Standard
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำคู่มือการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข ประจำปี 2560 เตรียมทีมนิเทศงาน พัฒนาทักษะ องค์ความรู้ เทคนิคแนวทางการนิเทศงาน และจัดทีมนิเทศงานผสมผสาน (สสจ.หนองคาย และ รพ.หนองคาย) ออกตรวจเยี่ยมและนิเทศงาน คปสอ.และ รพ.สต. ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 - เดือนมกราคม 2560

4. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จัดทีมนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข รพ.สต.ทุกแห่งในสังกัด ปีละ 2 ครั้ง โดยใช้คู่มือการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ 2560

ครั้งที่ 1 ในเดือน มกราคม 2560

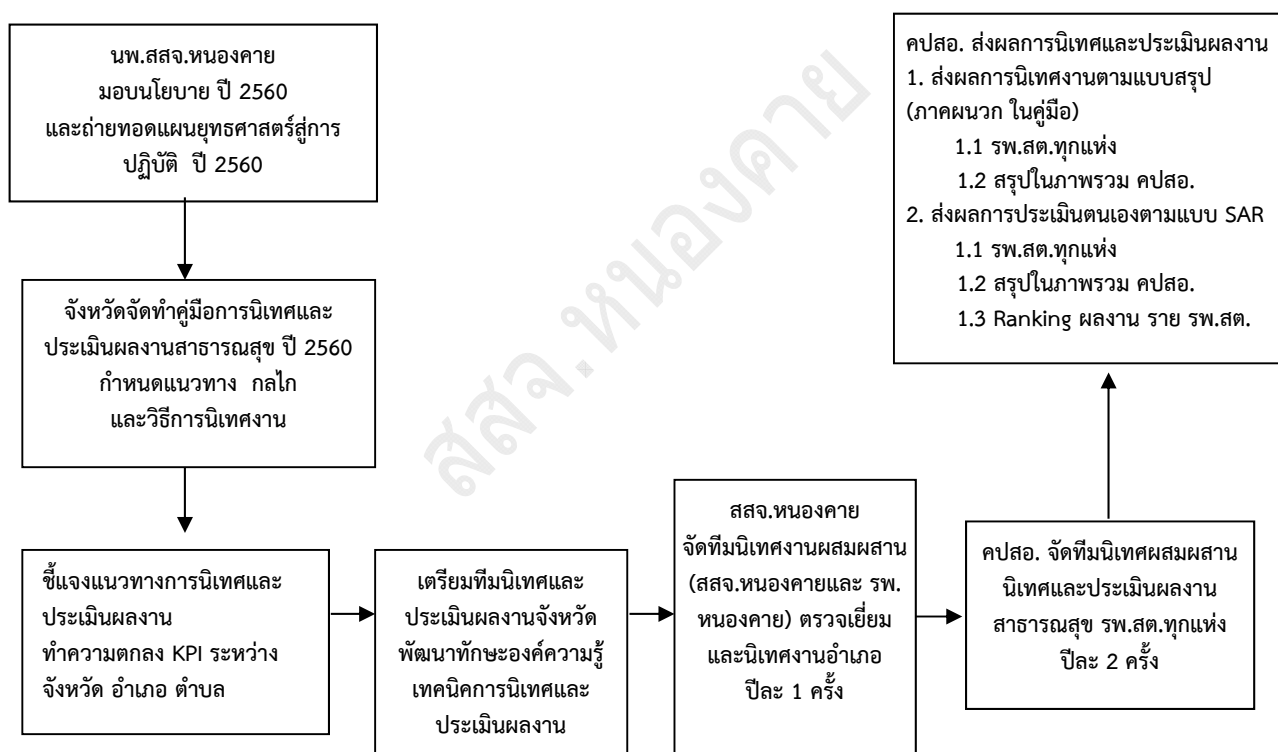
ครั้งที่ 2 ในเดือน มิถุนายน 2560

5. คปสอ. ส่งผลการนิเทศงาน รพ.สต.ทุกแห่งตามประเด็นการพัฒนางานสาธารณสุขตามแบบสรุปผลการนิเทศงาน 5 Goal Setting พร้อมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

และผลการประเมิน รอบที่ 1 และ รอบที่ 2 ตามแบบประเมินตนเอง (SAR : Self Assessment Report) ในภาพรวม คปสอ. และ รพ.สต.ทุกแห่ง พร้อมทั้ง Ranking ผลงานราย รพ.สต.

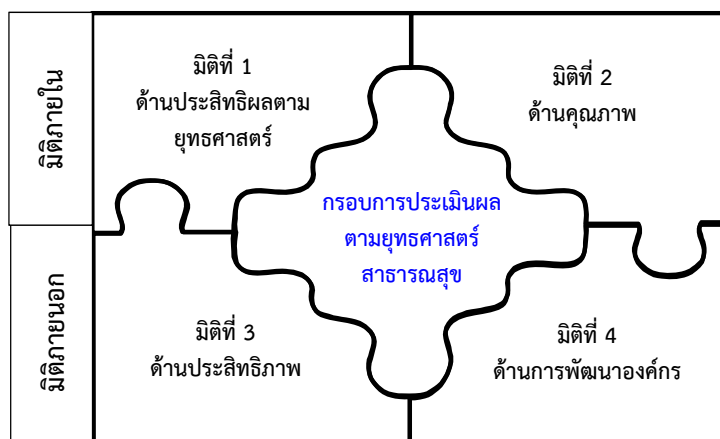
6. สสจ.หนองคาย สรุปผลการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข นำเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดแนวทางการปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป

กลไกและวิธีการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข



4) กรอบการประเมินผล

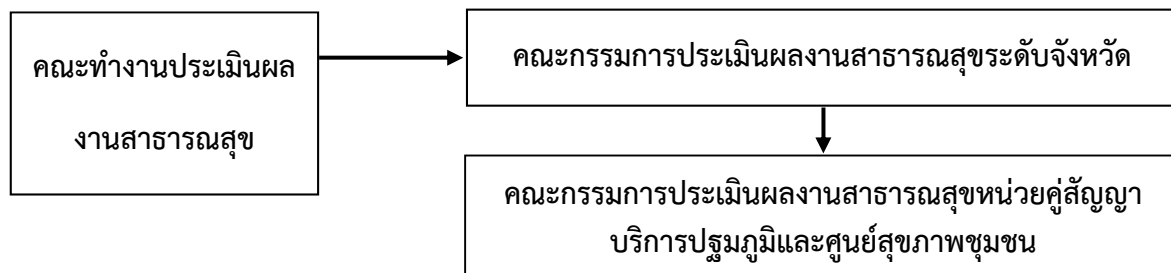
ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้กำหนดกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของสำนักงาน ก.พ.ร.ให้อยู่ภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ดังนี้



สำหรับรายละเอียดของกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุขแยกตามมิติ ดังนี้

มิติที่ 1 : มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์ แสดงผลงานที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ตามที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน	มิติที่ 2 : มิติด้านคุณภาพการให้บริการ แสดงการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการให้บริการที่มีคุณภาพ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ
มิติที่ 3 : มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ แสดงความสามารถในการปฏิบัติราชการ เช่น การลดขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการและการประหยัดค่าใช้จ่าย	มิติที่ 4 : มิติด้านการพัฒนาองค์กร แสดงความสามารถในการบริหารการเปลี่ยนแปลงขององค์กร เพื่อสร้างความพร้อมในการสนับสนุนยุทธศาสตร์

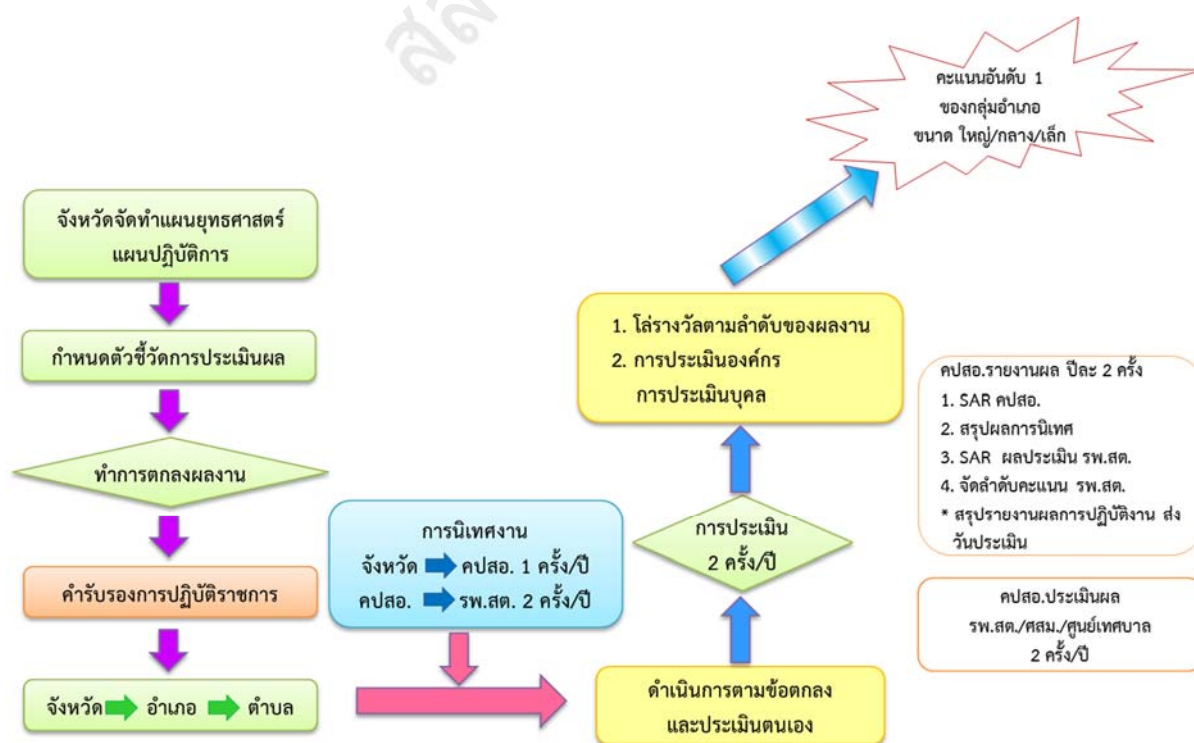
5) บทบาทและองค์ประกอบของการประเมินผล



6) ขั้นตอนการนิเทศงาน และประเมินผลงานสาธารณสุข

ว/ค/ป	กิจกรรม
20 ต.ค.59	ทำความเข้าใจตัวชี้วัดที่จังหวัดและทีมอำเภอ ตำบล
8 พ.ย.59	การประชุมมอบนโยบายการพัฒนางาน & การชี้แจงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศุภาพ & MOU
พ.ย.59	เตรียมทีมนิเทศงานระดับจังหวัด
ธ.ค.59-ม.ค.60	นิเทศงานเฉพาะกิจ ในอำเภอ/รพ.สต. Hit to the point 5 Goal Setting & กลุ่มวัย & Service Plan
1-22 ก.พ.60	อำเภอนิเทศ และ ประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 1
ภายใน 24 ก.พ.60	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง (SAR) รพ.สต./ คปสอ.
6-10 มี.ค.60	จังหวัดประเมินผลงานอำเภอ รอบที่ 1
3-21 ก.ค.60	อำเภอประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 2
ภายใน 26 ก.ค.60	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง
7-11 ส.ค.60	จังหวัดประเมินผลงานอำเภอ รอบที่ 2
31 ส.ค.60	สรุปผลการประเมิน

7) กลไกและวิธีการในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ การนิเทศงาน และการประเมินผลงานปี 2560



8) การคำนวณผลการประเมิน

- ระดับคำนวณผลการประเมินในแต่ละระดับ เป็นดังนี้

ผลการประเมิน	ระดับคะแนนที่ได้รับ
ดีมาก	5
ดี	4
ปานกลาง	3
พอใช้	2
ต้องปรับปรุง	1

การจัดกลุ่มหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ
โดยใช้จำนวนประชากรเป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม

ที่	ขนาด	อำเภอ	จำนวนประชากร
1	ใหญ่	เมือง	149,337
		โพธิ์ชัย	98,477
		ท่าบ่อ	83,095
2	กลาง	เผ่าไร่	52,101
		รัตนวาปี	38,743
		ศรีเชียงใหม่	30,960
3	เล็ก	สระใคร	26,532
		สังคม	24,977
		โพธิ์ตาก	15,358
รวม			519,580

- การคำนวณผลการประเมินตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ตัวอย่าง 1 : อำเภอ ก. มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ราย ประชากรทะเบียนราษฎร์

จำนวน 85,667 คน

อัตราป่วย = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก} \times 100,000}{\text{ประชากรทะเบียนราษฎร์}}$

= $\frac{20 \times 100,000}{85,667}$ = 23.35

85,667

ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังอำเภอ ก 26.20

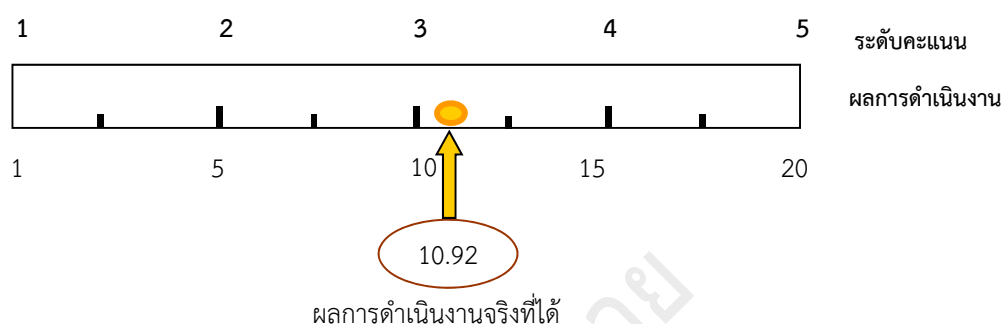
อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ $\frac{(26.20-23.34) \times 100}{26.20} = 10.92$

26.20

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง 1 % ของค่ามัธยฐานระดับอำเภอ
2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง 5 % ของค่ามัธยฐานระดับอำเภอ
3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง 10 % ของค่ามัธยฐานระดับอำเภอ
4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง 15 % ของค่ามัธยฐานระดับอำเภอ
5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ 20 % ของค่ามัธยฐานระดับอำเภอ

การเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ระดับคะแนน



การคำนวณระดับคะแนน

ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 3 กับ 4

การคำนวณโดยวิธีการเทียบบัญญัติไตรยางศ์

ผลต่างของช่วงระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 3 กับ 4 = $15 - 10 =$ ร้อยละ 5 เทียบเท่ากับระดับคะแนน 1 ระดับ

ผลต่างของผลการดำเนินงาน = $10.92 - 10 = 0.92 = \frac{0.92 \times 1}{5} = 0.184$

ดังนั้น ผลการดำเนินงานจริง ร้อยละ 10.92 จะได้ระดับคะแนน $3 + 0.184 = 3.184$

ตัวอย่างที่ 2 : จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาครบตามเกณฑ์จำนวน 42 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 52 ราย

สูตรคำนวณร้อยละความสำเร็จของการรักษาวัณโรค

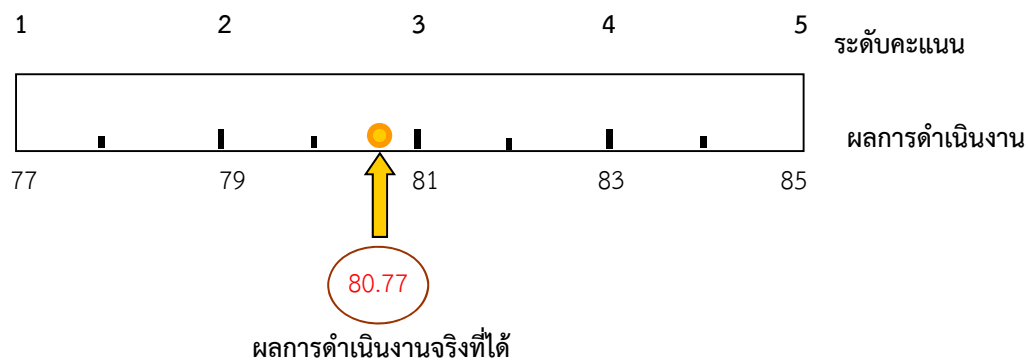
$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาครบตามเกณฑ์} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด (คน)}}$

ร้อยละความสำเร็จของการรักษาวัณโรค = $\frac{42 \times 100}{52} = 80.77$

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 77
2	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 79
3	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 81
4	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 83
5	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 85

การเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ระดับคะแนน



การคำนวณระดับคะแนน

ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 2 กับ 3

การคำนวณโดยวิธีการเทียบบัญญัติไตรยางศ์

ผลต่างของช่วงระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 2 กับ 3 = $81 - 79 =$ ร้อยละ 2 เทียบเท่ากับระดับคะแนน 1 ระดับ

ผลต่างของผลการดำเนินงาน = $80.77 - 79 = 1.77 = \frac{1.77 \times 1}{2} = 0.885$

ดังนั้น ผลการดำเนินงานจริง ร้อยละ 80.77 จะได้ระดับคะแนน $2 + 0.885 = 2.885$

กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560
สำหรับ ระดับจังหวัด
ตัวชี้วัด ตามประเด็นยุทธศาสตร์ (น้ำหนักร้อยละ 60)

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่1 ประสิทธิผล ตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 55) 3/2/- 4/3/2 5/4/3 6/5/- 7/6/4 8/7/- 9/8/5 10/9/6 11/-/- 12/10/7 13/-/- 14/11/- 15/12/- 16/13/8 17/15/9 18/16/- 19/17/-	1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 1/1/1	100%	80%	3
	2. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับลดลง 2/-/-	9.62% (ลดลง 64.71%)	ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1	3
	3. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง NCD ระดับดีมาก-ดีเยี่ยม (4-5 คะแนน)	ระดับดี 100%	ระดับดีมาก-ดีเยี่ยม 80%	3
	4. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	85.56%	90%	3
	5. ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	78.92%	65%	3
	6. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 14 ต่อแสน ปชก.	12.70 ต่อแสน ปชก.	≤14 ต่อแสน ปชก.	3
	7. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน	-	100%	3
	8. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	-	95%	3
	9. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	อาหาร 92.14%	70%	2
	10. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	FP ลดลง 68.9% Diarrhea ลดลง 39.6%	FP ลดลง 50% Diarrhea ลดลง 20%	3
	11. จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR2005 12 เป้าหมาย	9 เป้าหมาย (ประเมินตนเอง)	9 เป้าหมาย	4
	12. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ระดับพื้นฐาน	7 อำเภอ	9 อำเภอ	3
	13. จังหวัด มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	-	5 ขั้นตอน	2
	14. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ระดับดี	4 อำเภอ	6 อำเภอ	3
	15. ไม่เกิดการระบาดด้วยโรคอุบัติใหม่ (EID)	9 อำเภอ	9 อำเภอ	3
	16. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	73.38%	85%	3
	17. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	HI<10 95.68% CI=0 100%	HI<10 95% CI=0 100%	2
	18. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง	เพิ่มขึ้น 34.7%	ลดลง 20%	3
	19. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	0%	≤0.13%	3

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่ 2 คุณภาพ (ร้อยละ 15) 22/20/12 23/21/- 24/22/- 25/23/- 26/24/13 27/25/13	20. ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) (เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี) 20/18/10	-	รพ.นค. 3 ทีม รพ.พพส. 1 ทีม	3
	21. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ และผลงาน 4PA ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย 21/19/-		9 อำเภอ	3
	22. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลศักยภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	-	50%	1
	23. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน 8PA ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	-	100%	1.5
	24. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง HA (ปี 59=6 รพ., ปี 60=7 รพ.)	88.89%	70%	3
	25. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง 2P Safety	-	60%	1.5
	26. ร้อยละของหน่วยบริการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	88.89%	รอบ1 50% รอบ2 100%	1
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10) 30/28/- 31/29/- 32/30/15	27. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	-	รอบ1 15% รอบ2 30%	1
	28. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ไม่มีภาวะวิกฤติระดับ 7 28/26/-	55.55%	100%	2
	29. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป 29/21/14	100%	100%	2
	30. หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)	86.90 คะแนน	85 คะแนน	3
	31. ร้อยละการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใบยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม	35.92%	25%	1
มิติที่ 4 พัฒนาองค์กร (ร้อยละ 20) 35/33/18 36/34/19 37/35/- 38/36/20	32. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินกำหนด	-	100%	2
	33. หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 33/31/16	-	100%	6
	34. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ 34/32/17	-	50%	1.5
	35. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place)	-	50%	1.5
	36. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์		100%	3
	37. ร้อยละของจังหวัด/อำเภอที่มีการดำเนินงานการจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ	-	100%	2
	38. หน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA	100%	80%	6

ตัวชี้วัด กลุ่มวัย (น้ำหนักร้อยละ 10)

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
1) MCH	1. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	66.67%	100%	25
	* อัตราการตายไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	0	<15	
	* ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	8.13%	<7%	
	* ฝากครรภ์ 12 สัปดาห์	51.42%	70%	
	* ANC 5 ครั้งคุณภาพ	75.47%	70%	
	2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย	99.69%	85%	10
2) Teenage pregnancy	3. อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน	27.7	≤25 ต่อพัน	10
	4. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี	15.25%	≤10%	15
3) LTC	5. ร้อยละตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care ระดับดีมากขึ้นไป	ระดับดี 98.3%	50%	(12.5)
	ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ	77.42%	70%	(12.5)
	6. ร้อยละของ healthy aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2559		คงที่	15

ตัวชี้วัด Service Plan (น้ำหนักร้อยละ 30)

สาขา	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
1. NCD 1.1/1.1/1.1 1.2/1.2/1.2 2/2/2 3/3/-	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้			
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ		5%	2
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ	-7.59%	5%	2
	2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	97.12%	90%	3
	3. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ต่อแสน)	304.12	130/แสน	3
2. RDU	4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล 4/4/3	-	80%	3
3. ศูนย์ความเป็นเลิศทาง การแพทย์	5. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 ต่อปี 5/-/-	ลดลง 12.48%	ลดลง 10%	5
4. ทารกแรกเกิด	6. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (ต่อพันการเกิดมีชีพ) 6/5/-	3.6/พัน	≤5/พัน	3
5. Palliative Care	7. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 7/6/4	-	50%	3
6. แพทย์แผนไทย	8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน 8/7/5	25.86%	18.5%	3
7. สุขภาพจิต และ ยาเสพติด	9. อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร 9/-/-	4.68	6.3	3
	10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ 10/8/-	77.80%	60%	3
	11. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 50 11/9/-	46.36%	50%	3

สาขา	ตัวชี้วัด		Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
	12.	ร้อยละ 80 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัย และรักษา 12/10/6	93.31%	90%	3
	13.	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดตามเกณฑ์กำหนด (3 month remission rate) 13/11/-	100%	75%	3
8. 5 สาขาหลัก	14.	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) 14/12/-	12.82%	<30%	3
9. โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 17/-/-	15.	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดลงร้อยละ 15/-/-	%	10%	4
	16.	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ภายใน 30 นาที 16/13/-	56.25%	75%	3
	17.	อัตราการตายผู้ป่วย stroke ≤ ร้อยละ 7	9.4%	≤7%	3
10. โรคมะเร็ง 18/-/-	18.	ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก		85%	3
	19.	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ 19/-/-	1.05%	1%	3
11. โรคไต 20/14/-	20.	ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m ² /yr	64.2%	65%	4
	21.	ร้อยละของ รพ.สต. มีการจัด CKD Corner 21/15/7	-	80%	3
12. จักษุวิทยา	22.	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน 22/16/-	83.29 %	80%	4
	23.	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา 23/17/8	80.50%	75%	3
13. สุขภาพช่องปาก 26/20/-	24.	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม 24/18/9	80.26%	60%	3
	25.	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) 25/19/10	53.06%	52%	4
	26.	ประชาชนร้อยละ 32 เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน	34.13%	32%	3
14. ปลุกถ่ายอวัยวะ 27.1/-/- 27.2/-/- 27.3/-/-	27.	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ		เพิ่มขึ้น	3
		จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	498 ราย	เพิ่มขึ้น	(1)
		จำนวนผู้บริจาค	3 ราย	เพิ่มขึ้น	(1)
		จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปปลูกถ่ายได้	6 ราย	เพิ่มขึ้น	(1)
15. การแพทย์ฉุกเฉิน 30/23/- 31/24/-	28.	ร้อยละของทีม ECS คุณภาพใน รพ.ทุกแห่ง 28/21/-	-	5 ขั้นตอน	3
	29.	ร้อยละของ ER คุณภาพใน รพ.ทุกระดับ 29/22/-	-	100%	3
	30.	ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ.ทุกระดับ	12.81%	30%	3
	31.	อัตราการเสียชีวิตจาก Trauma	0.19%	<1%	3

ตัวชี้วัด ตามประเด็นยุทธศาสตร์

สสจ.หนองคาย

มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัดที่ 1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี												
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 3												
คำอธิบาย 1/1/1	การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดงมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2. สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ให้กับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดงมีการดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) ซึ่งมีความเสี่ยงดังนี้ เป้าหมาย ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) 1. เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออยู่ในอีสานมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี 2. อายุ 40 ปีขึ้นไป 3. เป็นหรือเคยมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 4. เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 5. มีประวัติกินปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ (ก้อยปลา, ลาบปลาดิบ, ปลาร้าดิบ, ส้มปลาดิบ) 6. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โดยหากพบผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และเคยกินปลาดิบ ได้รับการตรวจอุจจาระทุกราย และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อขึ้นไป ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$ A: ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา(Verbal screening) B :ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 40 (สะสมปี 56-60)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 50 (สะสมปี 56-60)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 60 (สะสมปี 56-60)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 70 (สะสมปี 56-60)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 80 (สะสมปี 56-60)</td></tr> </tbody> </table> ขั้นตอนที่ 2 มีฐานข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล เป้าหมาย ร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5) สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$ A : จำนวนสถานบริการในสังกัดที่มีฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี B : จำนวนสถานบริการในสังกัดทั้งหมด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 40 (สะสมปี 56-60)	2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 50 (สะสมปี 56-60)	3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 60 (สะสมปี 56-60)	4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 70 (สะสมปี 56-60)	5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 80 (สะสมปี 56-60)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 40 (สะสมปี 56-60)												
2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 50 (สะสมปี 56-60)												
3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 60 (สะสมปี 56-60)												
4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 70 (สะสมปี 56-60)												
5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 80 (สะสมปี 56-60)												

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	สถานบริการมีฐานข้อมูล น้อยกว่าร้อยละ 70
2	สถานบริการมีฐานข้อมูล ร้อยละ 70-89 และไม่มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน
3	สถานบริการมีฐานข้อมูล ร้อยละ 70-89 และมีการสรุปสถานการณ์/รายงาน
4	สถานบริการมีฐานข้อมูล ร้อยละ 90-100 ไม่มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน
5	สถานบริการมีฐานข้อมูล ร้อยละ 90-100 มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน

ขั้นตอนที่ 3 ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีจากผลการคัดกรองด้วยวาจา ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ เป้าหมาย ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 10)

ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ผู้ที่ตอบผลการคัดกรองด้วยวาจา พบปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อขึ้นไป จากคำถาม Verbal screening

วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography) เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน และต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2559

อำเภอ	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	เสี่ยง 2 ข้อขึ้นไป	ตรวจ ultrasound
เมือง	58,195	47,364	81.39	20,414	1,259
ท่าบ่อ	31,392	26,438	84.22	11,368	1,368
โพนพิสัย	32,270	29,703	92.05	15,457	2,209
ศรีเชียงใหม่	4,596	3,977	86.53	2,257	767
สังคม	7,183	5,721	79.65	808	0
สระใคร	9,323	7,412	79.50	3,363	177
เผ่าไร่	15,524	12,880	82.97	3,934	282
รัตนวาปี	16,183	15,171	93.75	8,893	585
โพธิ์ตาก	5,145	4,351	84.57	5,171	583
รวม	179,811	153,017	85.10	70,893	7,223

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A: จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

B :จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการคัดกรองด้วยวาจา พบปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อขึ้นไป

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 40
4	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 50
6	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 60
8	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 70
10	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 80

	ขั้นตอนที่ 4 อำเภอมีตำบลต้นแบบในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน เป้าหมาย ร้อยละ 40 (คะแนนเต็ม 10) โดยมีกิจกรรมอย่างน้อย ดังนี้ ขั้นตอนที่ 4.1 อำเภอมีตำบลต้นแบบในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน ร้อยละ 40 ขั้นตอนที่ 4.2 ตำบลต้นแบบมีการรณรงค์ ให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ ร้านค้า แผงลอย ในรูปแบบต่างๆ เช่น อย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 4.3 ตำบลต้นแบบมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 4.4 ตำบลต้นแบบมีธรรมนูญสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ขั้นตอนที่ 4.5 ตำบลต้นแบบมีโรงเรียนที่นำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปปรับใช้ในโรงเรียน อย่างน้อย 1 โรงเรียน <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td><td>มีผลงาน 1 ข้อ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีผลงาน 2 ข้อ</td></tr> <tr> <td>6</td><td>มีผลงาน 3 ข้อ</td></tr> <tr> <td>8</td><td>มีผลงาน 4 ข้อ</td></tr> <tr> <td>10</td><td>มีผลงาน 5 ข้อ</td></tr> </tbody> </table> ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เป้าหมาย ร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) สูตรการคำนวณ : (A/B)*100 A: จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน B :จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	2	มีผลงาน 1 ข้อ	4	มีผลงาน 2 ข้อ	6	มีผลงาน 3 ข้อ	8	มีผลงาน 4 ข้อ	10	มีผลงาน 5 ข้อ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60	2	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70	3	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80	4	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90	5	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																								
2	มีผลงาน 1 ข้อ																								
4	มีผลงาน 2 ข้อ																								
6	มีผลงาน 3 ข้อ																								
8	มีผลงาน 4 ข้อ																								
10	มีผลงาน 5 ข้อ																								
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																								
1	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60																								
2	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70																								
3	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80																								
4	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90																								
5	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไป																								
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : จำนวน รพ.สต. มีคะแนนระดับ 5 ร้อยละ 80 ระดับ รพ.สต. : มีคะแนนระดับ 5 (คะแนนรวม 31-35)																								
วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยง ผลการตรวจอัลตราซาวด์ ผลการตรวจอุจจาระ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้สุขศึกษา ดูจากฐานข้อมูล Isan Cohort 2. หลักฐานอื่นๆ จากแผนงาน/โครงการ เอกสารหลักฐานกิจกรรมเชิงประจักษ์																								
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 (ขั้นตอนที่ 1 -2 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort) รอบที่ 1 : มีนาคม – กรกฎาคม 2560 (ขั้นตอนที่ 3 -5 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort)																								

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่มีคะแนนรวม 31-35 คะแนน	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับความสำเร็จ	คะแนนรวม
	1	หน่วยงานมีคะแนนรวม 31-35 คะแนน ร้อยละ 60
	2	หน่วยงานมีคะแนนรวม 31-35 คะแนน ร้อยละ 65
	3	หน่วยงานมีคะแนนรวม 31-35 คะแนน ร้อยละ 70
	4	หน่วยงานมีคะแนนรวม 31-35 คะแนน ร้อยละ 75
	5	หน่วยงานมีคะแนนรวม 31-35 คะแนน ร้อยละ 80
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จ	คะแนนรวม
	1	คะแนนรวม 10-15
	2	คะแนนรวม 16-20
	3	คะแนนรวม 20-25
	4	คะแนนรวม 26-30
	5	คะแนนรวม 31-35
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Isan Cohort) 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แห่ง 4. สรุปรายงานเชิงประจักษ์	
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.นิตยา ชุตไธสง	โทร. 08 33684324
	น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์	โทร. 08 9710 2475
	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 1																										
หน่วยวัด	ร้อยละ																										
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																										
คำอธิบาย 2/-/-	อัตราการตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือ โคเลงจิโอคาร์ซิโนมา หมายถึง ผู้มีผลการตรวจการทำงานของตับผิดปกติ ปวดท้อง ดีซ่าน น้ำหนักลด และอาจมีอาการคันทั่วไป มีไข้ สีของอุจจาระและปัสสาวะเปลี่ยนไป โรคนี้วินิจฉัยโดยอาศัยผลตรวจเลือด ผลตรวจภาพรังสี ผลการส่องกล้อง และบางครั้งอาจต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดสำรวจ มะเร็งท่อน้ำดีมักปรากฏอาการในระยะท้ายๆ ของโรคซึ่งทำให้เป็นการจำกัดทางเลือกในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็ง ความผิดปกติแต่กำเนิดของตับ การติดเชื้อพยาธิในตับอย่างเช่น พยาธิใบไม้ในตับ <i>Opisthorchis viverrini</i> หรือ <i>Clonorchis sinensis</i> การสัมผัสสารที่บ่งชี้บางชนิดเช่น Thorotrast เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่ปรากฏปัจจัยเสี่ยงชัดเจนรหัส ICD-10 = C22.0-C22.9																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไป																										
เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1																										
วิธีการประเมิน	ตรวจสอบข้อมูล จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2559 และปีงบประมาณ 2560																										
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : เก็บข้อมูลรายงานสถานการณ์ ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560																										
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 A2 : จำนวนประชากรในพื้นที่ ปี 2559 $A = A1/A2 \times 100,000$																										
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2560 B2 : จำนวนประชากรในพื้นที่ ปี 2560 $B = B1/B2 \times 100,000$																										
สูตรคำนวณ	$((A-B)/A) \times 100$																										
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ -1</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ -0.5</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 0</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 0.5</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 1</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ -1	2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ -0.5	3	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 0	4	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 0.5	5	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 1										
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																										
1	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ -1																										
2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ -0.5																										
3	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 0																										
4	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 0.5																										
5	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ 1																										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2556</th><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี</td><td>ร้อยละ</td><td>31.73</td><td>16.35</td><td>27.26</td><td>9.62</td></tr><tr><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงจากปีที่ผ่านมา</td><td>ร้อยละ</td><td>9.23</td><td>48.47</td><td>-66.73</td><td>64.71</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				2556	2557	2558	2559	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	31.73	16.35	27.26	9.62	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ	9.23	48.47	-66.73	64.71
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																									
		2556	2557	2558	2559																						
อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	31.73	16.35	27.26	9.62																						
อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ	9.23	48.47	-66.73	64.71																						
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลการตายของ สนย. 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																										
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.นิตยา ชุตโรสง		โทร. 08 33684324																								
	น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์		โทร. 08 9710 2475																								
	กลุ่มงานควบคุมโรค		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136																								

ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ระดับดีมาก-ดีเยี่ยม	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ 3	
คำอธิบาย 3/2/-	อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) หมายถึง จำนวนอำเภอที่ได้รับ การประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) โดยคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด และผ่านเกณฑ์ การประเมินตั้งแต่ระดับ ดีมาก-ดีเยี่ยม โดย รอบที่ 1 จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 รอบที่ 2 จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3	
กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอ (CUP) 9 อำเภอ	
เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	
วิธีการประเมิน	1. จากแบบสรุปรูปการประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD 2. จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับจังหวัดลงสู่ตำบล/หมู่บ้านล่วงหน้า 3. จากเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC และหรือ Cockpit และหรือ Chronic Link หนองคาย	
ระยะเวลาประเมิน	1. อำเภอประเมินตนเอง 2 รอบ โดย 1.1 รอบที่ 1 (ภายใน ธันวาคม 2559) 1.2 รอบที่ 2 (ภายใน มิถุนายน 2560) 2. รับการประเมิน 2 รอบ โดย คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด 2.1 รอบที่ 1 (กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2560) 2.2 รอบที่ 2 (กรกฎาคม – สิงหาคม 2560)	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด รอบที่ 1	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 ร้อยละ 40
	2	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 ร้อยละ 50
	3	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 ร้อยละ 60
	4	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 ร้อยละ 70
	5	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 ร้อยละ 80
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด รอบที่ 2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3 ร้อยละ 40
	2	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3 ร้อยละ 50
	3	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3 ร้อยละ 60
	4	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3 ร้อยละ 70
	5	จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3 ร้อยละ 80

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการ อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ระดับดี – ดีเยี่ยม - ระดับดี ร้อยละ 22.22 - ระดับดีมาก ร้อยละ 44.44 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 33.33	ร้อยละ	-	-	100
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/แผนปฏิบัติการอำเภอเกี่ยวกับการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้านโรคไม่ติดต่อ (NCD) 2. ผลการประเมินตนเองอำเภอ DHS/ผลการรับรองโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด 3. ผลการประเมินตนเองหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ผลการสุ่มประเมินของจังหวัด 4. ผลการประเมินตนเองตำบลจัดการสุขภาพดี/ผลการสุ่มประเมินของจังหวัด 5. ผลการประเมินตนเององค์กรไร้พุง/ผลการสุ่มประเมินของจังหวัด 6. แผนการดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรคเรื้อรังในระดับอำเภอโดยชุมชนอย่างน้อย 1 โครงการ 7. นโยบาย/มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 8. นวัตกรรมสุขภาพ 9. สรุปผลการดำเนินงาน/รายงานแยกรายอำเภอ 10. รูปภาพจัดกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์	โทร. 089 7102475			
	กลุ่มงานควบคุมโรค (งาน NCD)	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136			
	นางณัฐกาญจน์ รียะบุตร	โทร. 089 7146494			
	งาน : สุขศึกษาประชาสัมพันธ์	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 121			
	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย และ	โทร. 083 1446566			
	นายประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 081 9778442			
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123			
	นายสมพร เจือจันทิก และ	โทร. 089 5711175			
	นางพัชรียา มลอินทร์	โทร. 083 6652715			
	งานสุขภาพภาคประชาชน	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120			
	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร	โทร. 098 58677190			
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120			
	นางสาวจรัสศรี อาจศิริ	โทร 081 5447472			
	งานแพทย์แผนไทย	โทร. 0 424 22906			

ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 4/3/2	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน หมายถึง ความสำเร็จ การบรรลุเป้าหมาย จากกระบวนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีลักษณะมุ่งสร้างสมรรถนะของการสร้างสุขภาพดี ควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรค มะเร็ง และเป็นกระบวนการที่มุ่งดำเนินการกันทั้งบุคคลและสังคม พิจารณาความสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้ 1. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพ (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (15 คะแนน) 2. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (15 คะแนน) 3. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการประเมินหาค่า BMI และหรือ รอบเอว (20 คะแนน) 4. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีค่า BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (20 คะแนน) 5. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 (20 คะแนน) 6. มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (10 คะแนน) ชมรมสร้างสุขภาพ หมายถึง ชมรมหรือกลุ่มบุคคล 20 คนขึ้นไป ที่มีความสนใจด้านสุขภาพและสมัครลงทะเบียนเป็นชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุขภาพของชุมชน ชมรมสร้างสุขภาพระยะเริ่มต้น หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพที่จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งแต่ยังไม่ได้พัฒนาเข้าเกณฑ์ ระดับ 1, 2 หรือ 3 ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. ชมรมออกกำลังกาย คือ ชมรมที่มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างเดียว 2. ชมรมอื่นๆ คือ ชมรมที่มีการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพต่างๆ เช่น อาหาร ดูแลสิ่งแวดล้อม นวดแผนไทย ปลุกผักปลอดสารพิษ ทำปุ๋ยชีวภาพ ทำการเกษตรแบบธรรมชาติ เป็นต้น ระดับที่ 1 หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพมีการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพให้แก่สมาชิก 1.1 จัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที) 1.2 จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพในเรื่อง การออกกำลังกาย การบริโภค อาหารที่สะอาด ปลอดภัย และได้คุณค่าเหมาะสมตามวัย ระดับที่ 2 หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดกิจกรรมในระดับ 1 และเพิ่มกิจกรรม 1. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะเพิ่มในเรื่อง อาหาร อนามัยชุมชน และโรคภัย ระดับที่ 3 หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดกิจกรรมในระดับที่ 1, ระดับที่ 2 และเพิ่มกิจกรรม 3.1 วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของสมาชิกชมรมฯ ได้ 3.2 วางแผนการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพของชมรมฯ ได้ 3.3 ประเมินผลสุขภาพของสมาชิกชมรมฯ ได้ 3.4 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพระหว่างเครือข่ายชมรมฯ ได้

	3.5 ชมรมฯ มีการบริหารจัดการในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น ดำเนินทุกหมู่บ้าน อย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 ชมรม และต้องจัดทำทะเบียนชมรมไว้เป็นหลักฐาน																																																																					
กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ/บุคลากรสาธารณสุข /ประชาชนทั่วไป																																																																					
เป้าหมาย	ร้อยละ 90																																																																					
วิธีการประเมิน	1. พิจารณาผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินราย KPI ย่อย 6 ตัว 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงสู่ชมรมสร้างสุขภาพ 3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC และหรือ Cockpit และหรือ Chronic Link หนองคาย																																																																					
ระยะเวลาประเมิน	1. อำเภอประเมินตนเอง 2 รอบ โดย 1.1 รอบที่ 1 (ภายใน ธันวาคม 2559) 1.2 รอบที่ 2 (ภายใน มิถุนายน 2560) 2. รับการประเมิน 2 รอบ โดย คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด 2.1 รอบที่ 1 (กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2560) 2.2 รอบที่ 2 (กรกฎาคม – สิงหาคม 2560)																																																																					
เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1 และ รอบที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของกระบวนการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน 1. ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100) (15 คะแนน) <table><tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>3</td><td>จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม</td><td>ร้อยละ 40</td><td>ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>6</td><td>จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>9</td><td>จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>12</td><td>จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>15</td><td>จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table> 2. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (15 คะแนน) โดยที่ : <table><tr><th>คะแนน</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>3</td><td colspan="2">มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการขององค์กรไร้พุง การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพบุคลากรในองค์กร และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา</td></tr><tr><td>6</td><td colspan="2">มีแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพ โดยระบุกิจกรรมจัดตั้งองค์กรไร้พุง แนวทางการดำเนินงานและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อโรคเรื้อรัง</td></tr><tr><td>9</td><td colspan="2">มีการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผนงาน/โครงการร่วมกับองค์กร</td></tr><tr><td>12</td><td colspan="2">มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส</td></tr><tr><td>15</td><td colspan="2">บุคลากรที่มีค่า BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI และหรือรอบเอวลดลง $\geq 10\%$ <table><tr><th colspan="2">รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$</th><th colspan="2">รอบที่ 2 ลดลง $> 10\%$</th></tr><tr><td>- ลดลง $\geq 5\%$</td><td>= 15 คะแนน</td><td>- ลดลง $> 10\%$</td><td>= 15 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 4 - 4.9%</td><td>= 12 คะแนน</td><td>- ลดลง 8 - 9.9%</td><td>= 12 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 3 - 3.9%</td><td>= 9 คะแนน</td><td>- ลดลง 6 - 7.9%</td><td>= 9 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 2 - 2.9%</td><td>= 6 คะแนน</td><td>- ลดลง 4 - 5.9%</td><td>= 6 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง $< 2\%$</td><td>= 3 คะแนน</td><td>- ลดลง $< 4\%$</td><td>= 3 คะแนน</td></tr></table></td></tr></table>				คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	3	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	6	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	9	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	12	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	15	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		3	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการขององค์กรไร้พุง การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพบุคลากรในองค์กร และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา		6	มีแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพ โดยระบุกิจกรรมจัดตั้งองค์กรไร้พุง แนวทางการดำเนินงานและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อโรคเรื้อรัง		9	มีการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผนงาน/โครงการร่วมกับองค์กร		12	มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส		15	บุคลากรที่มีค่า BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI และหรือรอบเอวลดลง $\geq 10\%$ <table><tr><th colspan="2">รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$</th><th colspan="2">รอบที่ 2 ลดลง $> 10\%$</th></tr><tr><td>- ลดลง $\geq 5\%$</td><td>= 15 คะแนน</td><td>- ลดลง $> 10\%$</td><td>= 15 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 4 - 4.9%</td><td>= 12 คะแนน</td><td>- ลดลง 8 - 9.9%</td><td>= 12 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 3 - 3.9%</td><td>= 9 คะแนน</td><td>- ลดลง 6 - 7.9%</td><td>= 9 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 2 - 2.9%</td><td>= 6 คะแนน</td><td>- ลดลง 4 - 5.9%</td><td>= 6 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง $< 2\%$</td><td>= 3 คะแนน</td><td>- ลดลง $< 4\%$</td><td>= 3 คะแนน</td></tr></table>		รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$		รอบที่ 2 ลดลง $> 10\%$		- ลดลง $\geq 5\%$	= 15 คะแนน	- ลดลง $> 10\%$	= 15 คะแนน	- ลดลง 4 - 4.9%	= 12 คะแนน	- ลดลง 8 - 9.9%	= 12 คะแนน	- ลดลง 3 - 3.9%	= 9 คะแนน	- ลดลง 6 - 7.9%	= 9 คะแนน	- ลดลง 2 - 2.9%	= 6 คะแนน	- ลดลง 4 - 5.9%	= 6 คะแนน	- ลดลง $< 2\%$	= 3 คะแนน	- ลดลง $< 4\%$	= 3 คะแนน
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																																																																			
3	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60																																																																			
6	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70																																																																			
9	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80																																																																			
12	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90																																																																			
15	จำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100																																																																			
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																					
3	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการขององค์กรไร้พุง การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพบุคลากรในองค์กร และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา																																																																					
6	มีแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพ โดยระบุกิจกรรมจัดตั้งองค์กรไร้พุง แนวทางการดำเนินงานและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อโรคเรื้อรัง																																																																					
9	มีการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผนงาน/โครงการร่วมกับองค์กร																																																																					
12	มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส																																																																					
15	บุคลากรที่มีค่า BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI และหรือรอบเอวลดลง $\geq 10\%$ <table><tr><th colspan="2">รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$</th><th colspan="2">รอบที่ 2 ลดลง $> 10\%$</th></tr><tr><td>- ลดลง $\geq 5\%$</td><td>= 15 คะแนน</td><td>- ลดลง $> 10\%$</td><td>= 15 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 4 - 4.9%</td><td>= 12 คะแนน</td><td>- ลดลง 8 - 9.9%</td><td>= 12 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 3 - 3.9%</td><td>= 9 คะแนน</td><td>- ลดลง 6 - 7.9%</td><td>= 9 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง 2 - 2.9%</td><td>= 6 คะแนน</td><td>- ลดลง 4 - 5.9%</td><td>= 6 คะแนน</td></tr><tr><td>- ลดลง $< 2\%$</td><td>= 3 คะแนน</td><td>- ลดลง $< 4\%$</td><td>= 3 คะแนน</td></tr></table>		รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$		รอบที่ 2 ลดลง $> 10\%$		- ลดลง $\geq 5\%$	= 15 คะแนน	- ลดลง $> 10\%$	= 15 คะแนน	- ลดลง 4 - 4.9%	= 12 คะแนน	- ลดลง 8 - 9.9%	= 12 คะแนน	- ลดลง 3 - 3.9%	= 9 คะแนน	- ลดลง 6 - 7.9%	= 9 คะแนน	- ลดลง 2 - 2.9%	= 6 คะแนน	- ลดลง 4 - 5.9%	= 6 คะแนน	- ลดลง $< 2\%$	= 3 คะแนน	- ลดลง $< 4\%$	= 3 คะแนน																																												
รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$		รอบที่ 2 ลดลง $> 10\%$																																																																				
- ลดลง $\geq 5\%$	= 15 คะแนน	- ลดลง $> 10\%$	= 15 คะแนน																																																																			
- ลดลง 4 - 4.9%	= 12 คะแนน	- ลดลง 8 - 9.9%	= 12 คะแนน																																																																			
- ลดลง 3 - 3.9%	= 9 คะแนน	- ลดลง 6 - 7.9%	= 9 คะแนน																																																																			
- ลดลง 2 - 2.9%	= 6 คะแนน	- ลดลง 4 - 5.9%	= 6 คะแนน																																																																			
- ลดลง $< 2\%$	= 3 คะแนน	- ลดลง $< 4\%$	= 3 คะแนน																																																																			

3. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI และหรือ วัดรอบเอว (เกณฑ์เป้าหมาย $\geq 80\%$) (20 คะแนน)
โดยที่ :

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
4	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI และหรือ วัดรอบเอว	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
8	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI และหรือ วัดรอบเอว	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
12	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI และหรือ วัดรอบเอว	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
16	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI และหรือ วัดรอบเอว	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
20	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI และหรือ วัดรอบเอว	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

4. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เกณฑ์เป้าหมาย $\geq 80\%$) (20 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
4	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
8	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
12	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
16	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
20	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

5. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5) (20 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
4	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 1	ร้อยละ 1
8	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2
12	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3
16	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4
20	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5

6. มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0	ไม่มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานเลย
2.5	มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน 1 ครั้ง/ปี
5	มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี
7.5	มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน 3 ครั้ง/ปี
10	มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน 4 ครั้ง/ปี

	เกณฑ์การตัดสิน					
	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	ร้อยละความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	70	75	80	85	90
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
			2557	2558	2559	
	ร้อยละความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	ร้อยละ	-	-		
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลสภาวะสุขภาพประชาชน รอบเอว/BMI /พฤติกรรมเสี่ยง 2. ข้อมูลรอบเอว/BMI บุคลากรสาธารณสุขในองค์กร 3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการปี 2560 4. คำสั่งคณะทำงานบริหารจัดการสร้างสุขภาพ 5. รูปภาพกิจกรรม					
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมั้นไวย	โทร. 083 1446566				
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123				
	นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร	โทร. 089 7146494				
	งาน : สุขศึกษาประชาสัมพันธ์	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 121				
	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์	โทร. 089 7102475				
	กลุ่มงานควบคุมโรค (งาน NCD)	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136				

ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละของประชาชน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ								
หน่วยวัด	ร้อยละ								
น้ำหนัก	ร้อยละ 3								
คำอธิบาย 5/4/3	ประชาชน หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กก./ตรม.								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป								
เป้าหมาย	ร้อยละ 65								
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม รพ.สต. และPCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC)								
ระยะเวลา	รอบที่ 1 :ต.ค.59 - ก.พ.60								
ประเมินผล	รอบที่ 2 :ต.ค.59 - ก.ค.60								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป มีดัชนีมวลกายปกติ								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด								
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$								
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน							
	1	ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 25							
	2	ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 35							
	3	ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 45							
	4	ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 55							
	5	ประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 65							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด					หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
						วัด	2557	2558	2559
	ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ					ร้อยละ	80.36	78.11	78.92
	อำเภอ	ประชากร 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด			เส้นรอบเอว				
					วัดรอบเอว		รอบเอวปกติ		รอบเอวเกิน
		ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย(คน)	หญิง(คน)	ชาย(คน) หญิง(คน)
	เมือง	52,605	55,530	108,135	29,523	31,523	26,996	21,696	2,528 9,827
	ท่าบ่อ	27,402	30,099	57,501	13,558	14,802	12,758	10,208	800 4,594
	โพนพิสัย	32,610	33,728	66,338	19,524	20,114	19,020	17,575	504 2,539
	ศรีเชียงใหม่	7,550	8,369	15,919	4,202	4,474	3,743	2,511	459 1,963
	สังคม	9,219	9,210	18,429	5,011	4,857	4,689	3,167	322 1,690
	สระใคร	7,001	7,788	14,789	3,817	4,238	3,532	2,788	285 1,450
	เผ่าไร่	13,533	14,658	28,191	7,365	7,824	6,728	4,883	637 2,941
	รัตนวาปี	14,888	14,713	29,601	7,711	7,682	7,557	6,925	154 757
	โพธิ์ตาก	5,467	5,944	11,411	2,847	3,111	2,774	2,518	73 593
	รวม	170,275	180,039	350,314	93,558	98,625	87,797	72,271	5,762 26,354

	อำเภอ	ประเมินภาวะอ้วน				
		ประเมิน (คน)	ผอม (คน)	สมส่วน (คน)	อ้วน (คน)	อ้วนอันตราย (คน)
	เมือง	64,360	3,988	45,034	12,547	2,787
	ท่าบ่อ	29,038	1,225	22,010	4,729	1,073
	โพนพิสัย	40,416	1,951	31,917	5,561	987
	ศรีเชียงใหม่	9,034	698	5,837	1,989	510
	สังคม	10,259	577	7,768	1,606	308
	สระใคร	8,374	487	6,070	1,433	383
	เผ่าไร่	15,432	1,066	10,178	3,557	631
	รัตนวาปี	15,547	739	12,086	2,396	326
	โพธิ์ตาก	6,225	261	4,913	939	112
	รวม	198,685	10,992	145,813	34,757	7,117
หมายเหตุ :: ที่มา HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> งานโภชนาการ >> ข้อมูลด้านโภชนาการ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป - อ้วนปกติ เพศชาย < 90 cm เพศหญิง < 80 cm - รอบเอวเกิน เพศชาย >= 90 cm เพศหญิง >= 80 cm - ผอม BMI < 18.5 - สมส่วน BMI 18.5 - 24.9 - อ้วน BMI 25 - 29.9 - อ้วนอันตราย BMI > 30 ขึ้นไป วันที่ประมวลผล :: 21 ตุลาคม 2559						
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการส่งเสริมให้ประชาชนมีค่าดัชนีมวลกายปกติ 2. บันทึกรายงาน และประมวลผลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ปีละ 4 ครั้ง (ธ.ค., มี.ค., มิ.ย., ก.ย.) วิเคราะห์และสรุปผล ดังนี้ ประเมินรอบที่ 1 ใช้ข้อมูลช่วงเดือน ต.ค.59 - มี.ค.60 ประเมินรอบที่ 2 ใช้ข้อมูลช่วงเดือน ต.ค.59 - ก.ค.60 3. สรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ 4. ข้อมูล 43 แฟ้ม 5. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน					
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมั่นไวย์				โทร. 08 3144 6566	
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123	

ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 14 ต่อแสนประชากร (วัดเฉพาะระดับจังหวัด)			
หน่วยวัด	อัตราต่อแสนประชากร			
น้ำหนัก	ร้อยละ 3			
คำอธิบาย 6/5/-	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำ และทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2560-2564) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงไม่เกิน10ต่อแสนประชากรในปี2564เริ่มตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป ดำเนินการที่ผ่านมา มาในปี2559จังหวัดหนองคายมีการใช้ข้อมูลการตายจาก3ฐานทำให้พบอัตราการตายในจังหวัดหนองคายสูงถึง28.68 ต่อแสนประชากร จึงจะต้องดำเนินการต่อเนื่องและเข้มข้นจึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ 3.7 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2559 เป็นค่าตั้งต้น จึงจะได้เป้าหมายปี2564ตามกำหนดสำหรับปี 2560กำหนดค่าเป้าหมายให้ ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกกลุ่มอายุ			
เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 14 ต่อแสนประชากร			
วิธีการประเมิน	ประเมินจากอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 14 ต่อแสนประชากร แยกรายอำเภอ โดย 1) ประเมินจากข้อมูลรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แห่ง (รหัส ICD-10 = V01-V89) แยกเป็นรายอำเภอ 2) ข้อมูล 3 ฐาน(สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง)จังหวัดหนองคาย			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิต(ประชากรไทย) จากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (V01-V89)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี			
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100,000 (อัตราต่อประชากรแสนคน)			
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	43 แห่ง	3 ฐาน
	1	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกินต่อ ประชากรแสนคน	18	46
	2	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกินต่อ ประชากรแสนคน	17	42
	3	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกินต่อ ประชากรแสนคน	16	38
	4	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกินต่อ ประชากรแสนคน	15	34
	5	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกินต่อ ประชากรแสนคน	14	26

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
					2557	2558	2559	
	จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง		ต่อประชากรแสนคน		115 (22.23) 517,260	84 (15.65) 517,260	66/149 (12.70/28.68) 519,580	
	อำเภอ		ประชากร		ข้อมูล 3 ฐานปีงบประมาณ 2559		ข้อมูล 43 แห่งปี 2559	
					จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
	เมือง		149,337		69	46.20	16	10.71
	ท่าบ่อ		83,095		13	15.64	14	16.85
	โพนพิสัย		98,477		28	28.43	3	3.05
	ศรีเชียงใหม่		30,960		8	25.84	3	9.69
	สังคม		24,977		5	20.02	2	8.01
	สระใคร		26,532		4	15.08	8	30.15
	เผ่าไร่		52,101		11	21.11	11	21.11
	รัตนวาปี		38,743		10	25.81	7	18.07
โพธิ์ตาก		15,358		1	6.51	2	13.02	
รวม		519,580		149	28.68	66	12.70	
เอกสารอ้างอิง		1) โปรแกรมรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แห่ง (รหัส ICD-10 = V01-V89) แยกเป็นรายอำเภอ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2) รายงานการตายข้อมูล 3 ฐาน(สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง)จังหวัดหนองคาย						
ผู้รับผิดชอบ		1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3.นายมนตรี ดิษฐสรวัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองคาย		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026				

ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละ 100 ของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 7/6/4	1. ตลาด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 1 และตลาดประเภทที่ 2 ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหมายความรวมถึงตลาดของรัฐที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องขออนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามข้อกำหนดของท้องถิ่น 1.1 ตลาดของรัฐ หมายถึง ตลาดที่มีผู้ดำเนินการเป็นหน่วยงานของกระทรวง ทบวง กรม ราชการส่วนท้องถิ่นหรือองค์การของรัฐที่ได้จัดตั้งตลาดขึ้นตามอำนาจหน้าที่ 2. สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใดๆ ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันทีไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับบริโภค ณ ที่นั้นหรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม ในที่นี้หมายรวมถึงสถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะด้วย ซึ่งได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2.1 สถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ หมายถึง สถานที่จำหน่ายสินค้าด้านอาหาร ซึ่งตั้งอยู่บนทางที่มีใช้เป็นของเอกชนและประชาชนสามารถใช้ประโยชน์หรือใช้สัญจรได้ ครอบคลุมพื้นที่เป็นสวนสาธารณะ ถนนหนทาง ทางเท้าและทางน้ำ ที่ประชาชนสัญจรไปตามปกติ ที่อยู่นอกเขตที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศเป็นเขตห้ามจำหน่ายสินค้าด้านอาหาร 3. ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับแจ้ง จากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามเทศบัญญัติหรือข้อกำหนดของท้องถิ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 4. ได้รับการรับรองมาตรฐาน หมายถึง ได้มาตรฐานตามที่กำหนด โดยได้รับการตรวจจากคณะทำงานตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร 5. มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกำหนด 6. คณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง คณะกรรมการตามคำสั่งจังหวัดหนองคายตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายแต่งตั้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของ 1. ตลาด ได้รับการรับรองมาตรฐาน 2. สถานที่จำหน่ายอาหาร ได้รับการรับรองมาตรฐาน 3. สถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ ได้รับการรับรองมาตรฐาน
วิธีการประเมิน	การตรวจประเมิน/สำรวจข้อมูล
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ต.ค.59-ก.พ.60 รอบที่ 2 : ต.ค.59-ก.ค.60
รายการข้อมูล 1	A : ตลาดที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B : ตลาดทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน
รายการข้อมูล 4	D : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สูตรคำนวณ	(C/D) x 100					
รายการข้อมูล 5	E : ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน (A+C)					
รายการข้อมูล 6	F : ตลาดทั้งหมด และสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (B+D)					
สูตรข้อมูล	(E/F)x100 = (A+C)/(B+D)x100					
เกณฑ์การให้คะแนน (จังหวัด/คปสอ.)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ				
	2	มีการดำเนินงานตามข้อ 1 และมีฐานข้อมูลตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				
	3	มีการดำเนินงานตามข้อ 1,2 และผลการดำเนินงานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ได้รับการรับรองมาตรฐาน ร้อยละ 80				
	4	มีการดำเนินงานตามข้อ 1,2 และผลการดำเนินงานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ได้รับการรับรองมาตรฐาน ร้อยละ 90				
	5	มีการดำเนินงานตามข้อ 1,2 และผลการดำเนินงานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ได้รับการรับรองมาตรฐาน ร้อยละ 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละ 100 ของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน		ร้อยละ	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ 2. ฐานข้อมูลตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. ฐานข้อมูลตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน					
ผู้รับผิดชอบ	1.นายไพรัตน์ ประทุมทอง หัวหน้ากลุ่มงาน คบภ.			โทร. 081-871-3114		
	2.นางศรีอำพร จันท์แสง นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทร. 084-389-1411		
	3.นายไชยวุฒิ ชัยชมภู นวก.สาธารณสุขชำนาญการ			โทร. 087-425-6625		
	4.นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์ เกษัชกรปฏิบัติการ			โทร. 080-184-1207		
	งานส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย			โทร. 0-4246-5064-70 ต่อ 102		

ตัวชี้วัดที่ 8	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย																																					
หน่วยวัด	ร้อยละ																																					
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																																					
คำอธิบาย 8/7/-	1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผักและผลไม้สด, เนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) 2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผักและผลไม้สด ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีสารตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง 3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของ อาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่นๆ หรือหมายถึงอาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้งหรือ หมักดอง หรือในรูปอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ขนมจีน) และน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร 4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ ขนมจีน) และน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด																																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผลิตภัณฑ์อาหารสด ได้แก่ ผักและผลไม้ และเนื้อสัตว์สด ณ สถานที่จำหน่าย(ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เกต) 2. ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ได้แก่ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์, ผลิตภัณฑ์ เสริมอาหาร, ผลิตภัณฑ์จากแป้ง ณ สถานที่ผลิต และน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ณ สถานที่ผลิต และ สถานที่จำหน่าย																																					
เป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 95																																					
วิธีการประเมิน	การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) และห้องปฏิบัติการแล้วแต่กรณี																																					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ต.ค.59-ก.พ.60 รอบที่ 2 : ต.ค.59-ก.ค.60																																					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด																																					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด																																					
สูตรคำนวณ	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย=(A/B)x100																																					
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 85</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 95</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 75				2	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 80				3	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 85				4	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 90				5	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 95						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																					
1	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 75																																					
2	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 80																																					
3	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 85																																					
4	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 90																																					
5	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 95																																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>1. อาหารสด</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1.1 ผักและผลไม้สด*</td><td>ร้อยละ</td><td>99.70</td><td>99.53</td><td>98.06</td></tr><tr><td>1.2 เนื้อสัตว์สด*</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>2. อาหารแปรรูป</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท</td><td>ร้อยละ</td><td>69.01</td><td>85.06</td><td>95.60</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	1. อาหารสด					1.1 ผักและผลไม้สด*	ร้อยละ	99.70	99.53	98.06	1.2 เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	100	-	-	2. อาหารแปรรูป					2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	69.01	85.06	95.60
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																				
		2557	2558	2559																																		
1. อาหารสด																																						
1.1 ผักและผลไม้สด*	ร้อยละ	99.70	99.53	98.06																																		
1.2 เนื้อสัตว์สด*	ร้อยละ	100	-	-																																		
2. อาหารแปรรูป																																						
2.1 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	ร้อยละ	69.01	85.06	95.60																																		

	2.2 ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์	ร้อยละ	100	100	75
	2.3 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ร้อยละ	-	-	100
	2.4 นมโรงเรียน	ร้อยละ	ไม่มีสถานที่ผลิต		
	2.5 ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว)	ร้อยละ	100	-	-
	2.6 น้ำมัน*	ร้อยละ	88.89	75.00	76.83
หมายเหตุ: *ผลการดำเนินงานโดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น					
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปให้มีความปลอดภัย 2. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูปกลุ่มเป้าหมาย 3. บันทึกผลการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP ทั่วไป (แบบ ตส.1(50)) 4. บันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (แบบ ตส.3(50)) 5. บันทึกผลการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย (Primary GMP) (แบบ ตส.9(55)) 6. บันทึกผลการตรวจสอบสถานที่ผลิตผักและผลไม้สด(คัดและบรรจุ) ตาม(ร่าง) ป.สธ. เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผัก ผลไม้สดบางชนิด 7. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร 8. รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 9. แบบรายงานผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ปีงบประมาณ 2560 10. แบบรายงานตัวชี้วัด: ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 11. แบบรายงานตัวชี้วัด: ร้อยละของเนื้อสัตว์สด ณ แหล่งจำหน่าย มีความปลอดภัยจากการปลอมปนสารเร่งเนื้อแดง 12. แบบฟอร์มรายงานผลการตรวจสอบสถานที่ผลิตและผลวิเคราะห์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 13. ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง		โทร. 08 1871 3114		
	นายสิริชัย ขำสมบัติ		โทร. 08 1964 3779		
	นางสาวอารียา บุญเพิ่ม		โทร. 09 4419 6916		
	นางฉลวย ศรีสันต์		โทร. 08 1729 9452		
	งานความปลอดภัยด้านอาหาร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข		โทร. 0 4246 5064-70		

ตัวชี้วัดที่ 9	ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																											
น้ำหนัก	ร้อยละ 2																											
คำอธิบาย 9/8/5	หน่วยบริการ สุ่มสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (ใช้แบบสอบถามของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) และพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารปลอดภัย (ใช้แบบสอบถามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย) โดยเจ้าหน้าที่และอสม.นำไปสอบถามประชาชนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาร์ ยามาเน่ และสรุปผลเป็นภาพรวมราย คปสอ. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการเลือกซื้อ เลือกบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรค โดยขึ้นกับเรื่องที่รณรงค์ตามแผนงานและโครงการในแต่ละปี ด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย ได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ จำนวนประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย หมายถึง ประชาชนที่ตอบแบบสอบถามได้ถูกต้อง ร้อยละ 60 ขึ้นไป																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 11-60 ปี																											
เป้าหมาย	ร้อยละ 70																											
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนประชาชนที่มีการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ตอบถูกร้อยละ 60 ขึ้นไป) A2 : จำนวนประชาชนที่มีการบริโภคอาหารปลอดภัย (ตอบถูกร้อยละ 60 ขึ้นไป)																											
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มสำรวจทั้งหมด																											
สูตรคำนวณ	(A1/B) × 100 (A2/B) × 100																											
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th colspan="5">ระดับคะแนน</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td></tr><tr><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td></tr></table>					ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	60	65	70	75	80	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	60	65	70	75	80
ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน																											
	1	2	3	4	5																							
ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	60	65	70	75	80																							
ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	60	65	70	75	80																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2556</th><th>2557</th><th>2558</th></tr><tr><td>1.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง</td><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>92.14</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2556	2557	2558	1.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง	ร้อยละ				2.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	ร้อยละ	-	-	92.14					
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2556	2557	2558																								
1.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง	ร้อยละ																											
2.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	ร้อยละ	-	-	92.14																								
เอกสารอ้างอิง	1.แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการจัดสำรวจพฤติกรรมประชาชนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย 2.แผนการสุ่มสำรวจ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การประมวลผล 3.แบบสำรวจ .แบบสรุปผล ภาพกิจกรรม																											
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง		โทร. 08 1871 3114																									
	นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร		โทร. 0 897146494																									
	นางปิยะมาศ ปรีชาภู		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 129																									
	นางศรีอำพร จันทร์แสง		โทร. 0 8438911411																									

การประเมินพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย

ตารางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากร อายุ 11-60 ปี	ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง	การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง สูตรTaro Yamane
1	เมืองหนองคาย	102,899	398	$n = \frac{N}{1+Ne^2}$ เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง N คือ ขนาดประชากร e คือ ความคลาดเคลื่อนของ กลุ่มตัวอย่าง ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05
2	ท่าบ่อ	57,067	397	
3	โพนพิสัย	67,460	397	
4	ศรีเชียงใหม่	20,791	385	
5	สังคม	16,906	390	
6	สระใคร	18,801	391	
7	เผ่าไร่	35,938	395	
8	รัตนวาปี	26,285	394	
9	โพธิ์ตาก	10,487	385	
10	พิสัยเวหา	13,009	388	
	รวม	369,644	3,920	

หมายเหตุ ให้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหาร ไปสอบถามประชาชนอายุ 11 - 60 ปี ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดย **ไม่ซ้ำคนเดิม** ในแต่ละรอบประเมิน

ตัวชี้วัดที่ 10	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง ลดลง																																
หน่วยวัด	ร้อยละ																																
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																																
คำอธิบาย 10/9/6	1. โรคอาหารเป็นพิษ (ICD-10 : A05) หมายถึง อาการป่วย (คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง) อาจมีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำร่วมด้วย ร่วมกับประวัติการกินอาหารหรือน้ำ ยกเว้น พิษที่เกิดจาก ยา / โลหะหนัก / ยาฆ่าศัตรูพืช (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546) 2. โรคอุจจาระร่วง (ICD-10 : A09) หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้ง ต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือเลือดปนอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมง (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2546) 3. จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตามข้อ 1 และ รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 4. จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามข้อ 2 และ รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 5. อัตราป่วย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ ในจำนวนประชากร 100,000 คน ในช่วงเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคนั้นๆ} \times 100.000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}}$																																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ																																
เป้าหมาย	1. อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 50 2. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 20																																
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน CUP																																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2560 เปรียบเทียบกับ มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2560 เปรียบเทียบกับ มกราคม-กรกฎาคม 2557																																
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยโรคนั้นๆ																																
รายการข้อมูล 2	B : อัตราป่วยโรคนั้นๆ ปี 2557																																
สูตรคำนวณ	ร้อยละของอัตราป่วยของโรค ลดลงจากปี 2557 = $\frac{(B-A) \times 100}{B}$																																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th><th colspan="5">ระดับคะแนน</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง</td><td>42</td><td>44</td><td>46</td><td>48</td><td>50</td></tr><tr><td>ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง</td><td>12</td><td>14</td><td>16</td><td>18</td><td>20</td></tr></table>					เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง	42	44	46	48	50	ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง	12	14	16	18	20					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน																																
	1	2	3	4	5																												
ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง	42	44	46	48	50																												
ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง	12	14	16	18	20																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>อัตราป่วย โรคอาหารเป็นพิษ</td><td>ต่อแสนปชก.</td><td>637.4</td><td>393.6</td><td>150.9</td></tr><tr><td>อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจาก ปี 2557</td><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td>68.9</td></tr><tr><td>อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง</td><td>ต่อแสนปชก.</td><td>2139.1</td><td>1,721.1</td><td>1,036.6</td></tr><tr><td>อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจาก ปี 2557</td><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td>39.6</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	อัตราป่วย โรคอาหารเป็นพิษ	ต่อแสนปชก.	637.4	393.6	150.9	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ			68.9	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง	ต่อแสนปชก.	2139.1	1,721.1	1,036.6	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ			39.6
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																															
		2557	2558	2559																													
อัตราป่วย โรคอาหารเป็นพิษ	ต่อแสนปชก.	637.4	393.6	150.9																													
อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ			68.9																													
อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง	ต่อแสนปชก.	2139.1	1,721.1	1,036.6																													
อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ			39.6																													
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลรายงาน 506 , คู่มือนิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546																																

ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702
	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 116, 136
	นางศิริพร มาผิว	โทร. 08 1964 6835
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 137

อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และ โรคอาหารเป็นพิษ แยกรายอำเภอ จ.หนองคาย

พ.ศ. 2557 - 2559

อำเภอ	โรคอุจจาระร่วง				โรคอาหารเป็นพิษ			
	อัตราป่วยต่อ ปชก. แสนคน			เป้าหมายอัตราป่วย ปี 2560 (ลดลง $\geq$ 20 % จากปี 2557)	อัตราป่วยต่อ ปชก. แสนคน			เป้าหมายอัตราป่วย ปี 2560 (ลดลง $\geq$ 50 % จากปี 2557)
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	
เมือง	2,439.3	2,306.6	1,465.5	1,951.4	360.9	260.6	193.2	180.5
ท่าบ่อ	2,757.1	2,190.5	1,051.2	2,205.7	153.1	197.7	75.9	76.6
ศรีเชียงใหม่	2,039.9	1,899.8	1,590.2	1,631.9	345.4	207.3	143.3	172.7
สังคม	1,872.7	1,517.6	1,271.3	1,498.2	318.8	121.1	72.6	159.4
โพนพิสัย	1,714.8	1,420.2	673.9	1,371.8	1,299.9	1,047.1	217.1	650.0
สระใคร	2,807.9	2,584.6	1,513.6	2,246.3	30.2	68.1	128.6	15.1
เฝ้าไร่	1,853.6	560.1	371.5	1,482.9	1,002.8	252.1	80.8	501.4
รัตนวาปี	1,406.7	437.8	354.9	1,125.4	1,525.9	378.2	176.1	763.0
โพธิ์ตาก	842.9	1,084.8	784.1	674.3	39.2	52.2	78.4	19.6
จ.หนองคาย	2,139.1	1,721.1	1,036.6	1,711.3	637.4	393.6	150.9	318.7

ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2559

ที่มา : งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดการให้คะแนน

อำเภอมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง
ตามอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

รายละเอียด	คะแนน (100 คะแนน)	หมายเหตุ
1. อำเภอมีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง ในพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนงาน / โครงการได้ครบถ้วน (30 คะแนน)		
1.1 อำเภอมีการวิเคราะห์ลักษณะการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วงย้อนหลังอย่างน้อย 3 – 5 ปี ด้วยสถิติ อัตรา , อัตราส่วน , สัดส่วน เป็นต้น		
- ตัวแปรพื้นที่ (5 คะแนน)		
- ตัวแปรตามบุคคล (5 คะแนน)		
- ตัวแปรตามเวลา (5 คะแนน)		
1.2 อำเภอมีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค (15 คะแนน) - วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรคโดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี (ตามปีปฏิทิน) จากผู้ป่วยที่มารับการรักษา และหรือ จากการสอบสวนการระบาดของโรค โดยโรคอาหารเป็นพิษสามารถวิเคราะห์ได้จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน		
2. อำเภอมีแผนงานโครงการในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันของการเกิดโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง (20 คะแนน)		
2.1 มีแผนงานโครงการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคอาหารเป็นพิษ ฯ (5 คะแนน)		
2.2 มีการกำหนดแนวทาง และระบุกิจกรรมย่อยในการปฏิบัติงาน ระบุเวลา ระบุผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน (10 คะแนน)		
2.3 มีงบประมาณในการดำเนินการ และระบุไว้ในแผน (5 คะแนน)		
3. อำเภอดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (50 คะแนน)		
3.1 มีการนำเสนอแผนงานโครงการให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบ (5 คะแนน)		
3.2 มีการเฝ้าระวังสถานการณ์โรค ตรวจสอบการระบาดทุกสัปดาห์ (5 คะแนน)		
3.3 มีการเฝ้าระวังโรคล่วงหน้า ตัวอย่าง เช่น (10 คะแนน) - การสุ่มตรวจหาเชื้อ/สารปนเปื้อน ในน้ำดื่ม น้ำใช้ อาหาร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - การเก็บตัวอย่างน้ำประปาเพื่อเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนตกค้าง		
3.4 มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือให้สุศึกษา ในชุมชน ในโรงเรียน (10 คะแนน)		
3.5 มีการประสานความร่วมมือในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. (10 คะแนน)		
3.6 มีการเตรียมความพร้อมทีมในการสอบสวนโรค (5 คะแนน)		
3.7 มีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน (5 คะแนน)		
รวม		
ร้อยละ		

ตัวชี้วัดที่ 11	จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด																	
หน่วยวัด	จำนวน																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 4																	
คำอธิบาย 11/-/-	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จังหวัดมีการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพ ตามกรอบการดำเนินงานของกฎอนามัยระหว่างประเทศ 2548 (International Health Regulation 2005 : IHR 2005) และวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda : GHSA) ใน 3 ด้าน 12 เป้าหมายตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ เป้าหมายที่ 1 การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยา (Infectious disease) เป้าหมายที่ 2 การป้องกันการเกิดและการแพร่ระบาดของโรคจากสัตว์สู่คน (Zoonosis) เป้าหมายที่ 3 ความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety) เป้าหมายที่ 4 ความปลอดภัยด้านสารเคมี (Chemical) เป้าหมายที่ 5 กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ (Radiological and nuclear) เป้าหมายที่ 6 การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital infection control) เป้าหมายที่ 7 การพัฒนาห้องปฏิบัติการ เครือข่ายห้องปฏิบัติการ และการจัดส่ง specimens เป้าหมายที่ 8 ช่องทางเข้าออกประเทศ (Point of entry) เป้าหมายที่ 9 การเฝ้าระวัง (Situation Awareness Team) เป้าหมายที่ 10 ทีมสอบสวนควบคุมโรค (SRRT) เป้าหมายที่ 11 การรับมือภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) เป้าหมายที่ 12 การพัฒนานักระบาดวิทยาภาคสนาม โดยมีคะแนนรวมที่ได้ตามแบบประเมินในแต่ละเป้าหมายร้อยละ 70 ขึ้นไป																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัด																	
เป้าหมาย	9 เป้าหมายขึ้นไป																	
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง รอบที่ 2 : ประเมินโดยหน่วยงานภายนอก (กรม/กองที่เกี่ยวข้อง , สคร.8 อุดรธานี)																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศที่ผ่านเกณฑ์																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศทั้งหมด																	
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 5 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>2</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 6 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>3</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 7 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>4</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 8 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>5</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 9 เป้าหมายขึ้นไป</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 5 เป้าหมาย	2	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 6 เป้าหมาย	3	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 7 เป้าหมาย	4	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 8 เป้าหมาย	5	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 9 เป้าหมายขึ้นไป	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 5 เป้าหมาย																	
2	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 6 เป้าหมาย																	
3	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 7 เป้าหมาย																	
4	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 8 เป้าหมาย																	
5	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 9 เป้าหมายขึ้นไป																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด (ประเมินตนเอง)</td><td>จำนวน</td><td></td><td>2 (เป้า 8 และ 12)</td><td>9 (ยกเว้น เป้า 1,4,5)</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด (ประเมินตนเอง)	จำนวน		2 (เป้า 8 และ 12)	9 (ยกเว้น เป้า 1,4,5)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด (ประเมินตนเอง)	จำนวน		2 (เป้า 8 และ 12)	9 (ยกเว้น เป้า 1,4,5)														

เอกสารอ้างอิง	1) เป้าหมายและกิจกรรมเพื่อการเร่งรัดพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ของจังหวัด (จัดทำโดยสำนักกระบวนวิธีฯ) ดาวน์โหลดได้ที่ http://oic.ddc.moph.go.th สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค) 2) เอกสารสำเนาแบบประเมินการดำเนินงานตามแนวทางเป้าหมายและกิจกรรมตามวาระความมั่นคงของสุขภาพโลก (โดย..สำนักกระบวนวิธีฯ เดือนกุมภาพันธ์ 2559)		
ผู้รับผิดชอบ			
เป้าหมาย 1	นายทณ เตียวศิริชัยสกุล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 975 6115
เป้าหมาย 2	นายสุรัช กิจติกาล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 089 943 0909
เป้าหมาย 3	นายสิริชัย คำสมบัติ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค	โทร
เป้าหมาย 4	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 964 8534
เป้าหมาย 5	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 964 8534
เป้าหมาย 6	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	
เป้าหมาย 7	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	
เป้าหมาย 8	นายอาสาหะ พิมพ์บึง	ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ	
เป้าหมาย 9		กลุ่มงานควบคุมโรค	
เป้าหมาย 10		กลุ่มงานควบคุมโรค	
เป้าหมาย 11	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 964 8534
เป้าหมาย 12	นางศิริพร มาผิว	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 095 663 8838
ผู้ประสานงาน			
	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 116, 136	

ตัวชี้วัดที่ 12	ระดับจังหวัด ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ระดับพื้นฐานทุกอำเภอ (9 อำเภอ) ระดับอำเภอ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ระดับพื้นฐาน												
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด จำนวน ระดับอำเภอ ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 3												
คำอธิบาย 12/10/7	ทีม SRRT อำเภอ หมายถึง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของอำเภอ ในรูป คปสอ. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 หมายถึง อำเภอในพื้นที่ชายแดนมีการดำเนินงานตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที (6 ตัวชี้วัด) ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที (2 ตัวชี้วัด) ด้านสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที (11 ตัวชี้วัด) และด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ (2 ตัวชี้วัด) ผ่านเกณฑ์อย่างน้อยระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัด												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม SRRT ระดับอำเภอ												
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด 9 อำเภอ ระดับอำเภอ ร้อยละ 100												
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง , สสจ.ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสจ. , สคร.8 อุดรธานี)												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = ตุลาคม – ธันวาคม 2559 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = มกราคม – ธันวาคม 2559 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = เมษายน – มิถุนายน 2560 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = กรกฎาคม 2559 – มิถุนายน 2560												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ทีม SRRT ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน IHR 2005 ระดับพื้นฐาน												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 5 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 6 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 7 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 8 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 9 อำเภอ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 5 อำเภอ	2	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 6 อำเภอ	3	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 7 อำเภอ	4	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 8 อำเภอ	5	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 9 อำเภอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 5 อำเภอ												
2	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 6 อำเภอ												
3	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 7 อำเภอ												
4	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 8 อำเภอ												
5	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 9 อำเภอ												
ระดับอำเภอ													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT ตาม IHR 2005												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมดที่ประเมิน												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 60			
	2	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 70			
	3	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 80			
	4	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 90			
	5	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2557	2558
				2559	
	จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ระดับพื้นฐาน		จำนวน	-	2
				7	
เอกสารอ้างอิง	เอกสารแบบเก็บข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน ตามตัวชี้วัดกฎอนามัยระหว่างประเทศ สำหรับโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล		โทร.		
	งาน..... กลุ่มงานควบคุมโรค		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 13	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง																																									
หน่วยวัด	ขั้นตอนระดับความสำเร็จ																																									
น้ำหนัก	ร้อยละ 2																																									
คำอธิบาย 13/-/-	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้น โดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ																																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จังหวัด																																									
เป้าหมาย	5 ขั้นตอน																																									
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด ประ																																									
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูล ตุลาคม 2559–กุมภาพันธ์ 2560 (ประเมินขั้นตอนที่ 1-3) รอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2559–กรกฎาคม 2560 (ประเมินขั้นตอนที่ 1-5)																																									
รายการข้อมูล 1	A : -																																									
รายการข้อมูล 2	B : -																																									
สูตรคำนวณ	-																																									
วิธีการประเมิน เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone)</th></tr><tr><th>ขั้นตอนที่ 1</th><th>ขั้นตอนที่ 2</th><th>ขั้นตอนที่ 3</th><th>ขั้นตอนที่ 4</th><th>ขั้นตอนที่ 5</th></tr><tr><td>1</td><td>√</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>√</td><td>√</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td></tr></table>	ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone)					ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	1	√					2	√	√				3	√	√	√			4	√	√	√	√		5	√	√	√	√	√
ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone)																																									
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																					
1	√																																									
2	√	√																																								
3	√	√	√																																							
4	√	√	√	√																																						
5	√	√	√	√	√																																					

	โดยที่			
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน		
	1	มีการจัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขรองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด		
	2	มีสถานที่ และอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่		
	3	มีการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด		
	4	มีการจัดทำ Incident Action Plan และซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพพื้นที่		
	5	มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2557 2558 2559
	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง			- - มีศูนย์ EOC
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ/คณะทำงาน EOC และกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ และการประสานงานในสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข 2. เอกสารการจัดหาสถานที่ และอุปกรณ์ของศูนย์ EOC 3. รายงานการประชุมคณะทำงาน EOC 4. เอกสารฐานข้อมูลสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ทีมเฝ้าระวัง หรือทีม situation awareness) 5. แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Incident Action Plan) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6. รายงานการซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table Top Exercise) หรือการซ้อมแผนภาคสนาม (Functional Exercise ขึ้นไป) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
ผู้รับผิดชอบ	1. นายรัชชัย เหลืองศิริ		โทร. 081-3692360	
	2. นางสุจิตรา บุษปฤกษ์		โทร. 081-9648534	
	กลุ่มงานควบคุมโรค		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 14	ระดับจังหวัด จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ระดับดี ระดับอำเภอ อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ระดับดี												
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด จำนวน ระดับอำเภอ ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 3												
คำอธิบาย 14/11/-	อำเภอ หมายถึง คปสอ. ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) หมายถึง อำเภอมีผลการประเมินระบบสุขภาพ (DHS) ตั้งแต่ขั้น 3 ขึ้นไปและมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DCCD) 2 คุณลักษณะ ได้แก่ คุณลักษณะมีระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ และคุณลักษณะมีผลสำเร็จของการควบคุมโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2 เรื่อง และโรค/ภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ 3 เรื่อง												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.												
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด 6 อำเภอ ระดับอำเภอ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับดี)												
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง , สสจ.ตรวจสอบ รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสจ. , สคร.8 อุดรธานี)												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = ตุลาคม – ธันวาคม 2559 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = มกราคม – ธันวาคม 2559 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = เมษายน – มิถุนายน 2560 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = กรกฎาคม 2559 – มิถุนายน 2560												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : อำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอรดับดี												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 2 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 3 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 4 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 5 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 6 อำเภอ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 2 อำเภอ	2	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 3 อำเภอ	3	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 4 อำเภอ	4	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 5 อำเภอ	5	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 6 อำเภอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 2 อำเภอ												
2	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 3 อำเภอ												
3	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 4 อำเภอ												
4	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 5 อำเภอ												
5	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 6 อำเภอ												
ระดับอำเภอ													
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน												
รายการข้อมูล 2	B : ผลรวมคะแนนทั้งหมดตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 40				
	2	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 50				
	3	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 60				
	4	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 70				
	5	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 80 ขึ้นไป				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี		จำนวน	-	2	4	ทำบ่อ โพนพิสัย สังคม รัตนวาปี
เอกสารอ้างอิง	หนังสือ “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” ของสำนักจัดการความรู้ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค เดือนกุมภาพันธ์ 2559					
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล		โทร.			
	งาน..... กลุ่มงาน.....		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ xxx			

คุณลักษณะ มีระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอและเครือข่ายระดับตำบล

1. ทีม SRRT อำเภอผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน SRRT โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี
2. ทีม SRRT อำเภอมีการสอบสวนโรค/ภัยสุขภาพที่มีคุณภาพ
3. ทีม SRRT อำเภอมีระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีคุณภาพ
4. ทีม SRRT อำเภอมีการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
5. ทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน SRRT จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่มีคุณภาพ
6. มีระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 15	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่												
หน่วยวัด	จำนวน												
น้ำหนัก	ร้อยละ 3												
คำอธิบาย 15/12/-	โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ ได้แก่ 1. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยชาวต่างชาติจากประเทศในแถบตะวันออกกลางที่มารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ชาวมุสลิมในประเทศไทยเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์และอุมเราะห์ในประเทศแถบตะวันออกกลาง 2. โรคไข้หวัดนก ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ นกอพยพ 3. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ ผู้เดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค เช่น ประเทศในแถบแอฟริกาใต้ 4. โรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ (กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นใหม่ในประเทศไทย) หมายเหตุ (กรณีโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เกิดโรคในพื้นที่ที่สามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ												
เป้าหมาย	9 อำเภอ												
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูล ตุลาคม 2559–กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2559–กรกฎาคม 2560												
รายการข้อมูล 1	A : -												
รายการข้อมูล 2	B : -												
สูตรคำนวณ													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ (โรคเมอร์ส โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาและโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 5 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 6 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 7 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 8 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 9 อำเภอ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 5 อำเภอ	2	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 6 อำเภอ	3	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 7 อำเภอ	4	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 8 อำเภอ	5	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 9 อำเภอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 5 อำเภอ												
2	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 6 อำเภอ												
3	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 7 อำเภอ												
4	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 8 อำเภอ												
5	อำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 9 อำเภอ												

	กรณีโรคติดเชื้อไวรัสซิกา					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 จำนวน 5 อำเภอ				
	2	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 จำนวน 6 อำเภอ				
	3	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 จำนวน 7 อำเภอ				
	4	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 จำนวน 8 อำเภอ				
	5	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 จำนวน 9 อำเภอ				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ - โรคเมอร์ส โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและ โรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ			ไม่เกิด โรคติดต่อ อุบัติใหม่	ไม่เกิด โรคติดต่อ อุบัติใหม่	ไม่เกิด โรคติดต่ออุบัติ ใหม่
	- โรคติดเชื้อไวรัสซิกา			-	-	ไม่เกิด Generation ที่ 2
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลรายงาน 506					
ผู้รับผิดชอบ	1.นายธวัชชัย เหลืองศิริ		โทร. 081-3692360			
	2.นางสุจิตรา บุษปฤกษ์		โทร. 081-9648534			
	กลุ่มงานควบคุมโรค		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 16	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 16/13/8	1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 2.1 ใหม่เสมหะพบเชื้อ (New M+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear พบเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง 2.2 ใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (New M-) หมายถึง 2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด 2.2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ผล Culture พบเชื้อวัณโรค หรือวิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M.tuberculosis ได้ 2.3 ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ(New Smear not done) หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มีอาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้ หรือไม่มีการตรวจเสมหะ หรือในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้ 2.4 ใหม่วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด 3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกและได้รับการประเมินในการรักษาครั้งล่าสุดว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้ว แต่กลับมาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคอีก
เป้าหมาย	ร้อยละ 85
วิธีการประเมิน	1.ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 2. รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคใหม่และกลับเป็นซ้ำ(TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทรอนิกกรายบุคคล (โปรแกรม TBCM)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงาน (เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2559) รอบที่ 2 : ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงาน (เดือนกรกฎาคม 2559-มีนาคม 2560)
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	เกณฑ์การให้คะแนน					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 80				
	2	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.5				
	3	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85				
	4	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 87.5				
	5	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 90				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ				68.97	73.38
	รพท.หนองคาย (67.56%), รพร.ท่าบ่อ (79.49%), รพ.ศรีเชียงใหม่ (90.48%) , รพ.สังคม (86.36%), รพ.โพนพิสัย (72.97%), รพ.สระใคร (78.57%), รพ.เผ้าไร่ (78.95%) รพ.รัตนวาปี (83.33%)					
เอกสารอ้างอิง	ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค โปรแกรม TBCM					
ผู้รับผิดชอบ	1.นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร 081-975-6115		
	2.นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร 086-630-9111		
	กลุ่มงานควบคุมโรค			โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 132		

ตัวชี้วัดที่ 17	จำนวนชุมชน / หมู่บ้านทั้งหมด ที่มีค่า $HI \leq 10$ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92 จำนวนโรงเรียน , วัด , ศพด. ทั้งหมด ที่มีค่า $CI = 0$ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 จำนวน รพ.ของรัฐทั้งหมด ที่มีค่า $CI = 0$ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100														
หน่วยวัด	ร้อยละ														
น้ำหนัก	ร้อยละ 2														
คำอธิบาย 17/15/9	เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน ได้ดำเนินการลดศักยภาพการ แพร่กระจายโรคไข้เลือดออก โดยการลดความชุมชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ค่า HI หมายถึง ร้อยละหลังคาเรือน / ชุมชน / หมู่บ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ค่า CI หมายถึง ร้อยละลักษณะที่มีน้ำขังที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย รพ.ของรัฐ หมายถึง รพท. , รพช. , รพ.สต.														
เป้าหมาย	1. จำนวนชุมชน / หมู่บ้านทั้งหมด ที่มีค่า $HI \leq 10$ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 2. จำนวนโรงเรียน , วัด , ศพด. ทั้งหมด ที่มีค่า $CI = 0$ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 3. จำนวน รพ.ของรัฐทั้งหมด ที่มีค่า $CI = 0$ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100														
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน CUP														
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2560														
รายการข้อมูล 1	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน A : จำนวนชุมชน/หมู่บ้านที่มีค่า $HI \leq 10$ B : จำนวนชุมชน/หมู่บ้านที่สำรวจทั้งหมด														
รายการข้อมูล 2	ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด. C : จำนวนที่มีค่าโรงเรียน/วัด/ศพด. $CI = 0$ D : จำนวนโรงเรียน/วัด/ศพด. ที่สำรวจทั้งหมด														
รายการข้อมูล 3	ค่า CI ในรพท./รพช./รพ.สต. E : จำนวนที่มีค่ารพท./รพช./รพ.สต. $CI = 0$ F : จำนวนรพท./รพช./รพ.สต. ที่สำรวจทั้งหมด														
สูตรคำนวณ	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน = $(A/B) \times 100$ ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด. = $(C/D) \times 100$ ค่า CI ในรพท./รพช./รพ.สต. = $(E/F) \times 100$														
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน</th></tr> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 87</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 89</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 91</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 93</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 95</td></tr> </tbody> </table>	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 87	2	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 89	3	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 91	4	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 93	5	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 95
ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน															
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน														
1	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 87														
2	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 89														
3	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 91														
4	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 93														
5	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า $HI \leq 10$ ร้อยละ 95														

	ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด.				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 92			
	2	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 94			
	3	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 96			
	4	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 98			
	5	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 100			
	ค่า CI ในรพท./รพช./รพ.สต.				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 92			
	2	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 94			
	3	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 96			
	4	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 98			
	5	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 100			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
			2557	2558	2559
	ค่า HI (บ้าน)	ร้อยละ	92.38	93.62	95.68
	ค่า CI (ร.ร.,วัด,ศพด.)	ร้อยละ	100	100	100
	ค่า CI (รพท.,รพช.,รพ.สต.)	ร้อยละ	100	100	100
เอกสารอ้างอิง	1. แผนปฏิบัติงานสำรวจความชุกชุมลูกน้ำยุงลายระดับ / อำเภอ / ตำบล พร้อมคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบ				
	2. รายงานผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในระดับหมู่บ้าน / ตำบล / อำเภอ				
	2.1 สรุปผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. / PCU ทุกสัปดาห์ (รพ.สต. / PCU ส่งผลการสำรวจให้ สสอ. ทุกเดือน)				
	2.2 แผนปฏิบัติงาน , หนังสือขออนุมัติแผน , ผลการสุ่มสำรวจ ของ สสอ. / CUP ในการนิเทศและสุ่มสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในเขตรับผิดชอบ (ทุกเดือน)				
	2.3 สรุปผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายของอำเภอ (มีการส่งให้สสจ. หนองคาย ทุกเดือน)				
	3. รายงานการประชุม CUP เดือนเมษายน – กันยายน 2560 ที่มีรายละเอียดเนื้อหาการประชุมเรื่อง ไข้เลือดออก				
	4. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ				
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย			โทร. 08 1999 1702	
	กลุ่มงานควบคุมโรค			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 18	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่ เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 3												
คำอธิบาย 18/16/-	- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีปัจจุบัน ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จากอัตราป่วยของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ของจังหวัด/อำเภอ												
เป้าหมาย	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ระดับคะแนนที่ 1, 2 ไม่เกินค่ามัธยฐานปี 2555-2559												
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน CUP												
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2560 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง มกราคม-กุมภาพันธ์ รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2560 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง มกราคม-กรกฎาคม												
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2560 B : จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ปี 2560 C : จำนวนประชากรของจังหวัด/อำเภอทั้งหมด												
รายการข้อมูล 2	D : อัตราป่วยลดลง E : อัตราป่วยค่ามัธยฐานปี 2555-2559 A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2560												
สูตรคำนวณ	A = $(B/C) \times 100,000$ D = $(E-A)/E \times 100$												
เกณฑ์การให้ คะแนน ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -20 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -10 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -20 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด	2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -10 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด	3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0	4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10	5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -20 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด												
2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -10 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด												
3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0												
4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10												
5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด						หน่วยวัด	ผลกา ดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
								2557	2558	2559	
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง						ร้อยละ	+22.8	+140.4	-34.7	
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก						ต่อแสน ปชก.	51.27	111.55	27.52	
	ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง						ต่อแสน ปชก.	41.75	46.4	45.04	
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายอำเภอ จังหวัดหนองคาย ปี 2555 - 2559											
ลำดับ	อำเภอ	DF + DHF + DSS พ.ศ.					Med. 55- 59	ประชากร	อัตราป่วย Med.	ปี 60 (ลด 20%) ไม่เกิน	
		2555	2556	2557	2558	2559				ราย	อัตรา
1	เมือง	109	425	52	342	24	90	149,337	60.27	72	48.21
2	ท่าบ่อ	10	94	1	79	39	27	83,095	32.49	21.6	25.99
3	ศรีเชียงใหม่	0	43	3	19	1	3	30,960	9.69	2.4	7.75
4	สังคม	11	88	2	5	9	5	24,977	20.02	4	16.01
5	โพนพิสัย	9	138	110	34	28	26	98,477	26.4	20.8	21.12
6	สระใคร	11	50	14	21	13	8	26,532	30.15	6.4	24.12
7	เฝ้าไร่	4	122	57	59	25	34	52,101	65.26	27.2	52.21
8	รัตนวาปี	0	91	24	16	3	7	38,743	18.07	5.6	14.45
9	โพธิ์ตาก	0	22	1	2	1	1	15,358	3.26	0.4	2.6
จังหวัดหนองคาย		154	1073	264	577	143	231	519,580	44.46	185	35.57
จำนวนผู้ป่วย ปี 2558 ข้อมูลถึง 24 ก.ย.2559											
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอ 2. ระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. ใบส่งตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล										
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย						โทร. 08 1999 1702				
	กลุ่มงานควบคุมโรค						โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136				

ตัวชี้วัดที่ 19	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																	
คำอธิบาย 19/17/-	1. เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2. ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS)																	
เป้าหมาย	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13																	
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน CUP																	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2560																	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด																	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.03</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.03</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.73</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.43</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.13</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.03	2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.03	3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.73	4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.43	5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.13	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.03																	
2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.03																	
3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.73																	
4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.43																	
5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.13																	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13</td><td>ร้อยละ</td><td>0</td><td>0.51</td><td>0</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	ร้อยละ	0	0.51	0
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	ร้อยละ	0	0.51	0														
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล/อำเภอ 3. ข้อมูลสถานการณ์ไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 5 ปีย้อนหลัง พร้อม mapping ผู้ป่วยไข้เลือดออก 4. หลักฐานการจัดการประชุมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามคู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก เอง) 5. รายงานการประเมินไข้วของทีมประเมินระดับอำเภอ เรื่อง การจัดตั้ง Dengue corner ใน รพท. , รพช. , รพสต. และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกใน รพสต. 6. หลักฐานการพัฒนาศักยภาพแพทย์จบใหม่ในการวินิจฉัยรักษาโรคไข้เลือดออก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 7. ทะเบียนการรับ / แจ้ง / รายงานให้ทีม SRRT ออกดำเนินการสอบสวน ป้องกันและควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง 8. รายงานการสอบสวนโรครายแรกของหมู่บ้าน หรือ เหตุการณ์ ทุกราย 9. ระเบียนผู้ป่วยนอก ระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 10. บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย / การส่งต่อผู้ป่วย																	
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702															
	กลุ่มงานควบคุมโรค		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136															

มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ 20	ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)													
หน่วยวัด	ร้อยละ													
น้ำหนัก	ร้อยละ 3													
คำอธิบาย 20/18/10	ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมให้การดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คนกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster ให้การดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คนโดยมีทีมหมอครอบครัว 3 ทีมเป็นผู้รับผิดชอบในลักษณะเครือข่ายสหวิชาชีพที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสาขาอื่นๆ ทีมหมอครอบครัวให้บริการในกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยใน 1 กลุ่มเครือข่ายจะประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 12 คน ทันตภิบาล 3 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 12 คน แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 3 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนเครือข่ายของ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต.ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เกณฑ์การจัดตั้ง Primary Care Cluster (team) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Major criteria</th><th>Minor criteria</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Staff</td><td>Doctor 1 : 8,000-12,000 pop แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือผ่านการอบรม (อว./วว.)</td><td>พยาบาลวิชาชีพ, นวท.หรือ จพ.สาธารณสุข, ทันตภิบาล,เภสัชกรรมหรือ จพ.เภสัชกรรม =50% ของที่กำหนดและต้องมีแผนการสรรหาที่ชัดเจนให้ได้ครบถ้วนใน 2 ปี</td></tr> <tr> <td>System</td><td>2.1 ระบบบริการ Service Package รายการ้วย Line group Continuity care เช่น การเยี่ยมบ้าน, LTC etc. 2.2 ระบบส่งต่อ Green Channel ระบบ refer Back 2.3 ระบบบัญชี Virtual Account 2.4 ระบบข้อมูล โปรแกรมระบบบริการที่เชื่อมกับแม่ข่าย ระบบรายงานประจำเดือน/รายไตรมาส 2.5 ระบบบริหารจัดการ มีผู้ประสานงาน PCC ระดับ CUP</td><td>2.1 การจัดระบบบริการร่วมกับชุมชน 2.2 Ambulance Lab Investigation 2.3 Planfin แผนเงินบำรุง 2.4 การทำงานผ่าน Tablet / Smart phone</td></tr> <tr> <td>Structure</td><td>อาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่าย และครอบคลุม (ใช้ปรับปรุงจากสถานที่เดิมเป็นหลัก)</td><td>- Unit ทันตกรรม 1-2 /Cluster - EKG 1 / Cluster - U/S 1 / Cluster - Tablet / Smart phone, รถกระบะ 1 / Cluster</td></tr> </tbody> </table>			Major criteria	Minor criteria	Staff	Doctor 1 : 8,000-12,000 pop แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือผ่านการอบรม (อว./วว.)	พยาบาลวิชาชีพ, นวท.หรือ จพ.สาธารณสุข, ทันตภิบาล,เภสัชกรรมหรือ จพ.เภสัชกรรม =50% ของที่กำหนดและต้องมีแผนการสรรหาที่ชัดเจนให้ได้ครบถ้วนใน 2 ปี	System	2.1 ระบบบริการ Service Package รายการ้วย Line group Continuity care เช่น การเยี่ยมบ้าน, LTC etc. 2.2 ระบบส่งต่อ Green Channel ระบบ refer Back 2.3 ระบบบัญชี Virtual Account 2.4 ระบบข้อมูล โปรแกรมระบบบริการที่เชื่อมกับแม่ข่าย ระบบรายงานประจำเดือน/รายไตรมาส 2.5 ระบบบริหารจัดการ มีผู้ประสานงาน PCC ระดับ CUP	2.1 การจัดระบบบริการร่วมกับชุมชน 2.2 Ambulance Lab Investigation 2.3 Planfin แผนเงินบำรุง 2.4 การทำงานผ่าน Tablet / Smart phone	Structure	อาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่าย และครอบคลุม (ใช้ปรับปรุงจากสถานที่เดิมเป็นหลัก)	- Unit ทันตกรรม 1-2 /Cluster - EKG 1 / Cluster - U/S 1 / Cluster - Tablet / Smart phone, รถกระบะ 1 / Cluster
	Major criteria	Minor criteria												
Staff	Doctor 1 : 8,000-12,000 pop แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือผ่านการอบรม (อว./วว.)	พยาบาลวิชาชีพ, นวท.หรือ จพ.สาธารณสุข, ทันตภิบาล,เภสัชกรรมหรือ จพ.เภสัชกรรม =50% ของที่กำหนดและต้องมีแผนการสรรหาที่ชัดเจนให้ได้ครบถ้วนใน 2 ปี												
System	2.1 ระบบบริการ Service Package รายการ้วย Line group Continuity care เช่น การเยี่ยมบ้าน, LTC etc. 2.2 ระบบส่งต่อ Green Channel ระบบ refer Back 2.3 ระบบบัญชี Virtual Account 2.4 ระบบข้อมูล โปรแกรมระบบบริการที่เชื่อมกับแม่ข่าย ระบบรายงานประจำเดือน/รายไตรมาส 2.5 ระบบบริหารจัดการ มีผู้ประสานงาน PCC ระดับ CUP	2.1 การจัดระบบบริการร่วมกับชุมชน 2.2 Ambulance Lab Investigation 2.3 Planfin แผนเงินบำรุง 2.4 การทำงานผ่าน Tablet / Smart phone												
Structure	อาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่าย และครอบคลุม (ใช้ปรับปรุงจากสถานที่เดิมเป็นหลัก)	- Unit ทันตกรรม 1-2 /Cluster - EKG 1 / Cluster - U/S 1 / Cluster - Tablet / Smart phone, รถกระบะ 1 / Cluster												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	PCC เป้าหมายปี 60 รวม 4 ทีม เขตเมือง PCC รพ.หนองคาย ต.โนนเมือง 1 Cluster 3 ทีม เขต รพช. PCC รพ.โพนพิสัย ต.จุมพล-รพ.สต.กุดบง 1 ทีม													

เป้าหมาย	ปี 2560 เขต รพ.หนองคายอย่างน้อย 1 Cluster 3 ทีม, เขต รพ.โพนพิสัย อย่างน้อย 1 ทีม รวม 4 ทีม				
วิธีการประเมิน	ประเมินจากระบบรายงาน รอบที่ 1 วัด 3 ขั้นตอน รอบที่ 2 วัด 5 ขั้นตอน				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	50%	70%	90%	
	รอบที่ 1 ต.ค.59- ก.พ.60 รอบที่ 2 ต.ค.59- ก.ค.60				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคลินิกหมอครอบครัวดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเครือข่ายที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิที่หมอครอบครัวทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A-B)/A x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบ 1	รอบ 2	
	1	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ	<30%	<30%	
	2	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ	35%	30-49%	
	3	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ	40%	50-69%	
	4	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ	45%	70-89%	
	5	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ	50%	90%	
	ระดับ PCC รอบที่ 1 วัด 3 ขั้นตอน รอบที่ 2 วัด 5 ขั้นตอน				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	จัดตั้ง PCC ผ่านตามเกณฑ์ Staff - Minor criteria			
	2	มี 1 และ จัดตั้ง PCC ผ่านตามเกณฑ์ Staff - Major criteria			
	ระดับPCC	3	มี 1,2 และ - จัดระบบส่งต่อ Green Channel ระบบ refer Back - จัดทำระบบบัญชี Virtual Account - มีระบบข้อมูล โปรแกรมระบบบริการที่เชื่อมกับแม่ข่าย ระบบรายงาน ประจำเดือน/รายไตรมาส - มีระบบบริหารจัดการ มีผู้ประสานงาน PCC ระดับ CUP - มี Line group - มีระบบบริการ Service Package รายกลุ่มวัย (PP Excellence 29 ตัว) - Continuity care เช่น การเยี่ยมบ้าน, LTC etc.		
4		มี 1,2,3 และ และมีผลลัพธ์ PP Excellence 29 ตัว น้อยกว่า 70%			
5		มี 1,2,3,4 และมีผลลัพธ์ PP Excellence 29 ตัว ≥ 70%			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)	ร้อยละ	-	-	-

	ข้อมูลเป้าหมายดำเนินการ ปี 2560						
	ที่	อำเภอ	ตำบล	ชื่อ PCC	จำนวนทีม : ปชก.5 สิทธิ์		
					ทีม 1	ทีม 2	ทีม 3
	1	เมือง	ในเมือง	รพ.หนองคาย	10,092	7,824	7,719
							ขาด FM2,3
	2	โพนพิสัย	จุมพล รพ.สต.กุดบง	รพ.โพนพิสัย	12,416 4,969		
							สมัคร อบรม FM รุ่น 2
เอกสารอ้างอิง	คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC , แบบรายงาน/แบบสรุปรายงาน แบบประเมิน						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร				โทร. 09-8586-7190		
	นายกรวิชัย ชัยวัชระ				โทร. 08-9840-0806		
	นายไพรวลัย เทพาพิน				โทร. 08-6457-7853		
	นายสมพร เจือจันทิก				โทร. 08-9571-1175		
	นายกวินภพ พรหมนิवास				โทร. 08-3678-4007		
	นางสาวสุนนา พิสัยพันธุ์				โทร. 08-1708-4576		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 21	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ
หน่วยวัด	จังหวัด = ร้อยละ คปสอ. = ขึ้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 21/19/-	ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวมและต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพบริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชนและเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิตติยภูมิอย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพโดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team) ชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง ประชาชนครอบครัวหมู่บ้านองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นองค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐภาคเอกชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการดังนี้ - มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA - มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute & Chronic care โดยขับเคลื่อน 4PA ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย - ร้อยละ รพ.สต. มีการจัดบริการ CKD Corner - อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรลดลง - ร้อยละ 50 ตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส - สูงอายุติดเตียง ไม่เกิน ร้อยละ 15 - ผู้พิการทุกประเภทได้รับการดูแลไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 - Palliative care ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ 100% - เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 - อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัดมีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลสุขภาพประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองครอบครัวและชุมชนร่วมกันโดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้านตำบลอำเภอเป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มี District Health System (DHS) ทุกอำเภอ

เป้าหมาย ระดับจังหวัด	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	95% (9 อำเภอ)	96%	97%	98%	100%
ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน				
วิธีการประเมิน	1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA 2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิรวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัยและการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) 3. มีการดำเนินการตามแผนโดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่องและมีโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับอำเภอเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปีที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ 4. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit) 5. รอบแรก ใช้รับรองโดยทีมระดับจังหวัดโดยการสุ่มประเมิน 20% ของเป้าหมาย รอบที่ 2 ใช้รับรองโดยทีมระดับจังหวัดโดยการสุ่มประเมิน 20% ของเป้าหมาย บูรณาการกับ รพ.สต.ติดตาม 20%				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ต.ค.59- ก.พ.60 รอบที่ 2 ต.ค.59- ก.ค.60				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่มี District Health System ผ่านเกณฑ์คุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอที่มี District Health System ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	นับจำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	รอบ 1 ระดับจังหวัด				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน 5 อำเภอ			
	2	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน 6 อำเภอ			
	3	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน 7 อำเภอ			
	4	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน 8 อำเภอ			
	5	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน 9 อำเภอ			
	รอบ 2 ระดับจังหวัด				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 5 อำเภอ			
	2	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 6 อำเภอ			
	3	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 7 อำเภอ			
	4	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 8 อำเภอ			
	5	อำเภอที่มี DHS คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 9 อำเภอ			

เกณฑ์การให้คะแนนระดับอำเภอ	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน												
	1	1. ประเมินรับรองโดยทีมอำเภอตามแนวทางการพัฒนา DHS-PCA - UCCARE 2. วิเคราะห์สถานการณ์ และกำหนดเป้าหมายประเด็นนำเข้า 4PA												
	2	มี 1 และ มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบูรณาการ 5 กลุ่มวัยตามประเด็นนำเข้า 4PA												
	3	มี 1,2 และมีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีกิจกรรม และกระบวนการแก้ไขปัญหา												
	4	มี 1,2,3 และในภาพรวมอำเภอมีผลงาน 4PA ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย น้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด												
	5	มี 1,2,3 และในภาพรวมอำเภอมีผลงาน 4PA ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ≥ 5 ตัวชี้วัด												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด								หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
											2557	2558	2559	
	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ								95%		100	100	100	
	ลำดับที่	อำเภอ	ระดับความสำเร็จผลประเมินตนเองDHS-PCAโดยใช้ UCCARE ปี 2559											
			U		Cus		C		A		R		E	
			1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	1	เมือง	5	5	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4
	2	ท่าบ่อ	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3
	3	โพนพิสัย	3	4	3	4	2	4	2	3	3	4	3	3
	4	ศรีเชียงใหม่	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3
	5	สังคม	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	3
	6	สระใคร	3	4	3	4	3	4	2	3	2	4	3	3
	7	เผ่าไร่	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3
	8	รัตนวาปี	4	4	3	4	2	4	3	3	2	4	2	3
	9	โพธิ์ตาก	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
หมายเหตุ : ที่มาจากรายงานผลการประเมินตนเองจากทุกอำเภอส่งให้จังหวัด รอบ 1-2 ตรวจราชการ														
เอกสารอ้างอิง	- รายงานประเมินโดยทีมระดับอำเภอ ใช้เกณฑ์ UCCARE - เอกสารนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ 4 PA ระดับอำเภอ - หนังสือคู่มือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย - หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) - หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) - ผลสรุปประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด													
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร								โทร. 09-8586-7190					
	นายกรวิชัย ชัยวัชร								โทร. 08-9840-0806					
	นายไพโรจน์ เทพาพิน								โทร. 08-6457-7853					
	นายสมพร เจือจันทิก								โทร. 08-9571-1175					
	นายกวิมล พรมนิवास								โทร. 08-3678-4007					
	นางสาวสุนา พิสัยพันธุ์								โทร. 08-1708-4576					
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ								โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120					

ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ 1				
คำอธิบาย 22/20/11	อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง (กรณีที่ครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวและอยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้) ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) รับประทานอาหารอย่าง เป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด 4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข - ปี 2560 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 * หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2559				
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 50	55	60	65	70

วิธีการประเมินผล	การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ** ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ ดังนี้ 1. การประเมินตนเอง (Self-Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. โดย อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร 2. การสุ่มประเมิน ตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net **เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.: การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ 60:40 ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน <table><tr><th>บทบาท อสค.</th><th>ค่าน้ำหนัก</th><th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว</th><th>ค่าน้ำหนัก</th></tr><tr><td>1. เป็นแกนนำปฏิบัติด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง</td><td>20</td><td>1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า</td><td>10</td></tr><tr><td>2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</td><td>20</td><td>2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด</td><td>10</td></tr><tr><td>3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.</td><td>20</td><td>3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด</td><td>10</td></tr><tr><td>รวม</td><td>60</td><td>4. บำรุงรักษาจิตใจ</td><td>10</td></tr><tr><td></td><td></td><td>รวม</td><td>40</td></tr></table> รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด	บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก	1. เป็นแกนนำปฏิบัติด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10	2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10	3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10	รวม	60	4. บำรุงรักษาจิตใจ	10			รวม	40
บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก																						
1. เป็นแกนนำปฏิบัติด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10																						
2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10																						
3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10																						
รวม	60	4. บำรุงรักษาจิตใจ	10																						
		รวม	40																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมายที่มี อสค.																								
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100																								

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล	เกณฑ์ประเมิน ปี 2560					
	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อสค.เป้าหมายได้รับการอบรมตามเป้าหมาย (ตามจำนวนข้อมูลผู้ป่วย CKD stage 4 ฐานข้อมูล HDC)				
	2	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 10				
	3	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 15				
	4	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 20				
	5	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 25				
	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 30				
	2	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 35				
	3	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 40				
	4	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 45				
	5	อสค.เป้าหมายได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		จำนวน	-	-	3,100 (ตำบลละ 50 คน)
เอกสารอ้างอิง	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	-	-	- (ยังไม่มีการประเมิน)
	1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)					
	2. หลักสูตร อสค.					
ผู้รับผิดชอบ	3. คู่มือ อสค.					
	4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว					
	5. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค.					
	6. แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net					
	หมายเหตุ เอกสารหมายเลข 1 2 และ 3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค. (คู่มือ อสค.) ตามจำนวนสถานบริการสุขภาพ (หลักสูตรและแนวทางการดำเนินงาน อสค.) นอกจากนี้ทุกพื้นที่ที่สามารถดาวน์โหลดผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th/					
	นายสมพร เจือจันทิก		โทร. 089-5711175			
	งานสุขภาพภาคประชาชน		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120			

ตัวชี้วัดที่ 23	ร้อยละโรงพยาบาลจัดบริการทุติยภูมิเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ ผลงานผ่านเกณฑ์ เป้าหมายตัวชี้วัดสำคัญ (Secondary Care Cluster : SCC)			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ 1.5			
คำอธิบาย 23/21/-	1. โรงพยาบาลจัดบริการระดับทุติยภูมิเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ หมายถึง โรงพยาบาลทุกระดับ ที่ร่วมกันจัดเครือข่ายให้บริการและสนับสนุนเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิภายในเครือข่าย และระบบส่งต่อ ตามศักยภาพและบริบทหน่วยบริการ โดยจัดให้มีการวิเคราะห์ศักยภาพหน่วยบริการตามบริบทและกำหนดศักยภาพแต่ละหน่วยบริการ และจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงภายใน รวมถึงระบบการส่งต่อบริการที่เกินศักยภาพ โดยจังหวัดหนองคายกำหนดให้มีเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิ 3 เครือข่าย เครือข่ายท่าบ่อ-ศรีเชียงใหม่-สังคม-โพธิ์ตาก โดยมี รพ.ท่าบ่อ (M2) ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักระดับทุติยภูมิ เครือข่ายเมืองหนองคาย-สระใคร โดยมี รพ.หนองคาย (S) ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เครือข่ายโพนพิสัย-เผ่าไร่-รัตนวาปี โดยมี รพ.โพนพิสัย (F1) ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักระดับทุติยภูมิ 2. ตัวชี้วัดตามเป้าหมายสำคัญและตัวชี้วัดตามบริบทพื้นที่ หมายถึง ผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย 8 PA และตามบริบทของหน่วยบริการ 1.1 อัตราเสียชีวิตจาก Stroke (เน้นหนักปี 60) 1.2 อัตราเสียชีวิตจาก STEMI (เน้นหนักปี 60) 1.3 อัตราเสียชีวิตจาก Trauma (เน้นหนักปี 60) 1.4 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยง CVDs ที่ได้รับการเฝ้าระวังและขึ้นทะเบียน (เน้นหนักปี 60) 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72 3. ร้อยละของ รพ.F2 ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ (Emergency Care System) 4. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลดลง 5. อัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis ลดลง 6. ร้อยละของหน่วยบริการเชื่อมโยงชุมชนที่มีศูนย์ COC คุณภาพ การดูแลผู้ป่วย LTC-Palliative care อย่างมีคุณภาพ 7. LBW <7% 8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล *9. ตัวชี้วัดตามศักยภาพและบริบทของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง			
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด = ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. = รอบที่ 1 ประเมิน 3 ระดับ / รอบที่ 2 ประเมิน 5 ระดับ			
วิธีการประเมิน	ประเมินรับรองโดยทีมระดับจังหวัด			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	60%	80%	90%	100%
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิได้สำเร็จ			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทุกแห่ง			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			

รายการข้อมูล 3	C : จำนวนโรงพยาบาลมีผลงานผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด					
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนโรงพยาบาลทุกแห่ง					
	(C/D) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการทุติยภูมิได้สำเร็จร้อยละ 40				
	2	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการทุติยภูมิได้สำเร็จร้อยละ 50				
	3	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการทุติยภูมิได้สำเร็จร้อยละ 60				
	4	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการทุติยภูมิได้สำเร็จร้อยละ 70				
	5	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการทุติยภูมิได้สำเร็จร้อยละ 80				
ระดับหน่วยบริการ	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน					
	รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน					
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนนจัดเครือข่ายสำเร็จ				
	1	1. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ศักยภาพการให้บริการประชาชน 2. มีคำสั่งผู้รับผิดชอบ 3. มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดเป้าหมาย				
	2	มี 1 และ 1. โรงพยาบาลภายในเครือข่ายมีการวิเคราะห์ศักยภาพการจัดบริการแก่ประชาชนร่วมกันและพิจารณาระบบส่งต่อที่เกินศักยภาพ 2. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระดับเครือข่ายที่เชื่อมโยงภายในเครือข่าย 3. มีรายงานการประชุมร่วมกันภายในเครือข่าย เพื่อร่วมกันพิจารณาจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงทุกระดับตามศักยภาพของหน่วยบริการ 4. คณะกรรมการมีการทบทวนตัวชี้วัดเป้าหมายร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนให้ผ่านเกณฑ์ร่วมกัน				
	3	มี 1,2 และ 1. มีแนวทางการจัดระบบบริการร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น การสนับสนุนเครือข่ายจัดบริการที่รองรับระบบบริการภายในเครือข่าย และระบบส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ 2. คณะกรรมการมีการทบทวนตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาร่วมกันภายในเครือข่าย				
	4	มี 1,2,3, และมีการทบทวนแนวทางและปัญหาร่วมกันภายในเครือข่ายเพื่อการพัฒนา ระบบให้สามารถขับเคลื่อนไปได้				
	5	มี 1,2,3,4 และ 1. เครือข่ายมีแนวทางการจัดระบบบริการที่สามารถปฏิบัติร่วมกันได้ 2. เครือข่ายสามารถกำหนดตัวชี้วัดที่กำหนดที่เป็นปัญหา และที่เป็น Best practice ของเครือข่าย				
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
					2557	2558
ร้อยละหน่วยบริการทุติยภูมิคุณภาพจัดบริการเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับผลงานตัวชี้วัดสำคัญผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย (Secondary Care Cluster : SCC)		ร้อยละ	-	-	-	
เอกสารอ้างอิง	เอกสารคำสั่ง/แนวทางระดับหน่วยบริการ รายงานผลงานตามตัวชี้วัด					

ผู้รับผิดชอบ	นางสาวกรรณิธีรา โคตรจักร	โทร. 09-8586-7190
	นางสาวสุมนา พิสัยพันธุ์	โทร. 08-1708-4576
	นายกวินภพ พรหมนิवास	โทร. 08-3678-4007
	นายไพโรจน์ เทพาพิน	โทร. 08-6457-7853
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 24	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ 3				
คำอธิบาย 24/22/-	- สถานพยาบาลหมายถึงสถานพยาบาลภาครัฐภาคเอกชนรัฐวิสาหกิจหน่วยงานในกำกับของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA หมายถึงโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น 3 หรือขั้น Advanced HA ที่ยังมิอยู่การรับรอง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่มีเตียงผู้ป่วยไว้ค้างคืนและให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.ท่าบ่อ รพ.โพนพิสัย รพ.ศรีเชียงใหม่ รพ.สังคม รพ.สระใคร รพ.เผ้าไร่				
เป้าหมาย	ปี 2560 70%	ปี 2561 75%	ปี 2562 80%	ปี 2563 85%	ปี 2564 90%
วิธีการประเมิน	การสรุปผลการรับรองที่สถานพยาบาลได้รับการเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐาน HA ที่ยังคงมีสถานะอยู่โดยการคำนวณตามสูตรของตัวชี้วัด				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (จากฐานข้อมูล สรพ.)				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด (ปี 60 รวม 7 แห่ง)				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 60%			
	2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 70%			
	3	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 80%			
	4	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 90%			
	5	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 100%			
ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีการประเมินตนเองตามคู่มือ Provincial-KM (PKM)			
	2	มีผลการประเมินตนเองเข้าร่วมเวที Provincial-KM (PKM) ครบทุกหน่วย			
	3	มีแผนพัฒนาระดับคุณภาพอ้างอิงขั้น 2 สู่ HA โดยใช้ผลจากการแลกเปลี่ยนในเวที PKM			
	4	มีผลงาน R2R หรือนวัตกรรมทางการบริการอย่างน้อย 2 เรื่องนำเสนอในเวทีจังหวัดและอย่างน้อย 1 เรื่องนำเสนอเวทีระดับเขต/ประเทศ			
	5	ผ่านการรับรอง HA			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)		ร้อยละ	2557	2558
				2559	
	จังหวัด	โรงพยาบาล	ชั้นปัจจุบัน	วันรับรอง	วันหมดอายุ
		รพ.สระใคร	3	27 ก.พ.58	26 ก.พ.60
		รพ.สังคม*	2	20 ส.ค.56	19 ส.ค.57

	หนองคาย	รพ.ศรีเชียงใหม่	3	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60
		รพ.โพนพิสัย	3	27 ต.ค.58	26 ต.ค.60
		รพ.ท่าบ่อ	re-acc4	26 ก.พ.59	25 ก.พ.62
		รพ.หนองคาย	re-acc1	30 พ.ค.57	29 พ.ค.60
		รพ.เฝ้าไร่	ปี 60 HA1		
เอกสารอ้างอิง	รายงานสรุปผลสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร			โทร. 09-8586-7190	
	นางสาวสุมนา พิสัยพันธุ์			โทร. 08-1708-4576	
	นายกวินภพ พรหมนิवास			โทร. 08-3678-4007	
	นายไพรวลัย เทพาพิน			โทร. 08-6457-7853	
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120	

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 25	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety				
หน่วยวัด	จังหวัด = ร้อยละ คปสอ. = ขึ้นตอน				
น้ำหนัก	ร้อยละ 1.5				
คำอธิบาย 25/23/-	หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน มาตรฐาน 2P safety ของสถานพยาบาล หมายถึง การดำเนินงานตามแนวทางในการบริหารจัดการและการดำเนินงานในเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่สธ 0228.05/2690 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2559 มีดังนี้ 1. กลไกการดำเนินงาน แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการระดับจังหวัด/ระดับสถานพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางแผนงาน และประเมินผลการพัฒนาระบบส่งเสริมความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการและบุคลากรในสถานพยาบาล รวมถึงทรัพย์สิน และชื่อเสียงของสถานพยาบาล และสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง 2. มาตรการป้องกันและบริหารความเสี่ยง ให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) และวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root Cause Analysis) เพื่อจัดทำแนวทางและมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมกับสถานพยาบาล 3. มาตรการตรวจจับอุบัติการณ์รุนแรงและอันตรายตั้งแต่ในระยะแรก (Early Detection of Sentinel and Harmful Event) 3.1 ให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ให้ผู้อำนวยการทราบทันที และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้รายงานภายใน 24 ชั่วโมง นอกนั้นให้รายงานตามระบบปกติ โดยในอุบัติการณ์รุนแรงและอันตรายให้รายงานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทราบด้วยทุกครั้ง 3.2 กรณีมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ ให้ร้องขอความช่วยเหลือไปที่ทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team) ระดับเขต/กระทรวง ผ่านจังหวัด กรณีไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ 3.3 ให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสุปรายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้คณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กระทรวง ตามลำดับทุก 3 เดือน(สิ้นเดือนธันวาคม มีนาคม มิถุนายน และกันยายน) 4. มาตรการไกลเกลี่ย (Mediation) ให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งทีมเจรจาไกลเกลี่ย เพื่อยุติปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นไม่ให้เกิดลุกลาม 5. มาตรการดูแลกรณีมีการฟ้องร้องดำเนินคดี ให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้องขอความช่วยเหลือทีมกฎหมายระดับภาคผ่านจังหวัด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน				
เป้าหมาย ระดับจังหวัด	ปี 2560 60%	ปี 2561 70%	ปี 2562 80%	ปี 2563 85%	ปี 2564 90%
ระดับ คปสอ.	5 ขึ้นตอน				
วิธีการประเมิน	แบบสำรวจ/รายงานการดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety				

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ต.ค.59- ก.พ.60 รอบที่ 2 ต.ค.59- ก.ค.60					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety ร้อยละ 40				
	2	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety ร้อยละ 45				
	3	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety ร้อยละ 50				
	4	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety ร้อยละ 55				
	5	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety ร้อยละ 60				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการระดับสถานพยาบาล				
	2	มี 1 และ จัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) และวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root Cause Analysis) เพื่อจัดทำแนวทางและมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมกับสถานพยาบาล				
	3	มี 1,2 และ - รายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) ให้ผู้อำนวยการทราบทันที - รายงานอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้รายงานภายใน 24 ชั่วโมง - กรณีมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ ให้ร้องขอความช่วยเหลือไปที่ทีมเคลื่อนที่เร็ว (Rapid Response Team) ระดับเขต/กระทรวง ผ่านจังหวัด กรณีไม่สามารถแก้ไข ปัญหาได้				
	4	มี 1,2,3, และสรุปรายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้คณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กระทรวง ตามลำดับทุก 3 เดือน (สิ้นเดือนธันวาคม มีนาคม มิถุนายน และกันยายน) <u>ไม่ครบตามกำหนดเวลา</u>				
	5	มี 1,2,3,4. และสรุปรายงานอุบัติการณ์รุนแรง (Sentinel Event) และอุบัติการณ์อันตราย (Harmful Event) ให้คณะกรรมการระดับจังหวัด ตามลำดับทุก 3 เดือน (สิ้นเดือนธันวาคม มีนาคม มิถุนายน และกันยายน) ครบตามกำหนดเวลา				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2P safety		ร้อยละ	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	เกณฑ์การดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety สำหรับสถานพยาบาล					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภริมย์ธีรา โคตรจักร			โทร. 09-8586-7190		
	นางสาวสุมนา พิสัยพันธุ์			โทร. 08-1708-4576		
	นายกวินภพ พรหมนิवास			โทร. 08-3678-4007		
	นายไพโรวัลย์ เทพาพิน			โทร. 08-6457-7853		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 26	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ 1	
คำอธิบาย 26/24/12	หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึงโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ดำเนินการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 โดยมีเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล ใน 7 ด้านและ รพ.สต. 5 ด้าน ต่อไปนี้ <u>ระดับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป</u> 1. ด้านบุคลากร 2. การคัดแยกมูลฝอย 3. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 5. ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 6. สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ 7. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงมีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เช่น การใช้เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System) <u>ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> 1. ด้านบุคลากร 2. การคัดแยกมูลฝอย 3. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 4. สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ 5. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ : การส่งมูลฝอยมาที่ รพ.แม่ข่าย การจัดทำทะเบียนควบคุมกำกับ	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพ.ทั่วไป, รพ.ชุมชน, รพ.สต.)	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/ คป.สอ. รอบที่ 1 : ร้อยละ 50 รอบที่ 2 : ร้อยละ 100	ระดับ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 100
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ผลการประเมินตนเอง โดยทีมประเมินระดับอำเภอ รอบที่ 2 : ผลทีมประเมินระดับอำเภอและผสมสุ่มประเมิน รพ.สต. 10% ของทีมจังหวัด	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560	
รายการข้อมูล 1	A = โรงพยาบาลและ รพ.สต. จัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ (มีคะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100)	
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลและ รพ.สต.ทั้งหมด	
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์	
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนข้อทั้งหมด	

สูตรคำนวณ	ระดับจังหวัด/คป.สอ. (A/B) x 100	ระดับ รพ.สต. (C/D) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.และ รพ.สต.ทุกแห่งจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องร้อยละ 60				
	2	รพ.และ รพ.สต.ทุกแห่งจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องร้อยละ 70				
	3	รพ.และ รพ.สต.ทุกแห่งจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องร้อยละ 80				
	4	รพ.และ รพ.สต.ทุกแห่งจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องร้อยละ 90				
	5	รพ.และ รพ.สต.ทุกแห่งจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้องร้อยละ 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คะแนนประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อฯ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80				
	2	คะแนนประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อฯ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85				
	3	คะแนนประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อฯ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90				
	4	คะแนนประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อฯ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95				
	5	คะแนนประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อฯผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ		ร้อยละ	66.67	66.67	88.89
	โรงพยาบาล	จำนวนข้อทั้งหมด	จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	หมายเหตุ	
	หนองคาย	7	7	100		
	ท่าบ่อ	7	7	100		
	โพนพิสัย	7	7	100		
	ศรีเชียงใหม่	7	7	100		
	สังคม	7	7	100		
	สระใคร	7	7	100		
	เผ่าไร่	7	6	85.7	ตกข้อ 6	
	รัตนวาปี*	7	7	100	*ผ่านมีเงื่อนไข	
	โพธิ์ตาก*	7	7	100	*ผ่านมีเงื่อนไข	
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2. คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่ อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ 3. เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)					
ผู้รับผิดชอบ	นายพลศักดิ์ กาญจนพฤฒิพงศ์			โทร. 09 1867 7282		
	นางอุดมลักษณ์ เชื้อเวียง			โทร. 09 5356 2454		
	นายบุญเลิศ มาตรนาคุณ			โทร. 09 1861 7640		
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 103		

แบบประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

ประเภท

☐ 1. รพท. ☐ 2. รพช. ☐ 3. รพ.เอกชน

ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ชื่อผู้รับผิดชอบตำแหน่ง.....เบอร์มือถือ.....

คำชี้แจง

1. แบบประเมินนี้ใช้สำหรับประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
2. แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 2 หน้า แบ่งการประเมินเป็น 7 หัวข้อ คือ บุคลากร การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย ลักษณะของรถเข็น ลักษณะของที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน	
		ใช่	ไม่ใช่
1	บุคลากร		
1.1	มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		
1.2	ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข		
2	การคัดแยกมูลฝอย		
2.1	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด		
2.2	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุ <u>มีคม</u> และวัสดุ <u>ไม่มีคม</u>		
3	การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ		
3.1	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ <u>มีคม</u> มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในได้		
3.2	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ <u>ไม่มีคม</u> มีลักษณะเป็น <u>ถุงสีแดง</u> ทึบแสงทำจากพลาสติก หรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม		
3.3	มีเครื่องหมาย มีข้อความครบถ้วนและมีคำเตือนครบถ้วนตามกฎกระทรวง ที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่า เป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ		
3.4	มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ <u>ไม่มีคม</u> บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วน ของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น		
3.5	มูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุ <u>มีคม</u> บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง		
3.6	ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียว และทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน	
		ใช่	ไม่ใช่
4	การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ		
4.1	ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน		
4.2	ใช้รถเข็นเคลื่อนย้าย ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย		
4.3	มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน		
4.4	มีการทำความสะอาด รถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสีย ที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย		
5	ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ		
5.1	มีพื้นและผนังทึบ ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำ และมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้		
5.2	มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า "รถเข็น มูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น" ที่ด้านข้าง 2 ด้าน		
5.3	มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่ตกหล่นประจำรถเข็น		
6	สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ		
6.1	เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด		
6.2	พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและ มีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค		
6.3	มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน		
6.4	มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้อำนาจที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้		
6.5	มีรางหรือท่อระบายน้ำเสีย เชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย		
6.6	มีข้อความบนกำแพงหรือป้ายติดผนังที่ชัดเจนว่า “ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ” ไว้ที่ หน้าห้องหรือหน้าอาคาร		
7	การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		
7.1	กรณีกำจัดเองต้องได้รับความเห็นชอบจาก อปท.ในพื้นที่ หรือ กรณีไม่ได้กำจัดเองบริษัทเอกชนที่เข้ามาดำเนินการเก็บขนต้องได้รับอนุญาตจาก อปท.ในพื้นที่		
7.2	กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผา มูลฝอยและห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ หรือใช้ระบบฝังห่อเชื้อด้วยไอน้ำ		
7.3	มีระบบเอกสารควบคุมกำกับกับการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest System) ที่เป็นปัจจุบัน หรือ กรณีกำจัดเองต้องมีทะเบียนควบคุมกำกับกับการกำจัดที่เป็นปัจจุบัน		
คะแนนรวมทั้งหมด			

ผลการประเมิน

☐ ผ่าน
☐ ไม่ผ่าน

ลายมือชื่อผู้ประเมิน
 (.....)

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน/...../.....

แบบประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
 ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
 ชื่อผู้รับผิดชอบ ตำแหน่ง เบอร์มือถือ.....

คำชี้แจง

1. แบบประเมินนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้สำหรับประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้บริบทของกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
2. แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 2 หน้า แบ่งการประเมินเป็น 5 หัวข้อ คือ บุคลากร การคัดแยก การเก็บรวบรวม ลักษณะของที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน	
		ใช่	ไม่ใช่
1	บุคลากร		
1.1	มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการคัดแยก การเก็บและการขนส่ง		
1.2	ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข		
2	การคัดแยกมูลฝอย		
2.1	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด		
2.2	มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุ มีคม และวัสดุ ไม่มีคม		
3	การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ		
3.1	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ มีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในได้		
3.2	ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ ไม่มีคม มีลักษณะเป็น ถุงสีแดง ทึบแสงทำจากพลาสติก หรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม		
3.3	มีเครื่องหมาย มีข้อความครบถ้วนและมีคำเตือนครบถ้วนตามกฎกระทรวง ที่บังคับให้บุคคลทั่วไปทราบว่า เป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ		
3.4	มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุ ไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วน ของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น		
3.5	มูลฝอยติดเชื้อ ประเภทวัสดุ มีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง		
3.6	ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		

ข้อที่	รายละเอียดที่ต้องประเมิน	ผลการประเมิน	
		ใช่	ไม่ใช่
4	สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ		
4.1	ตั้งอยู่ภายในสถานพยาบาล ในจุดที่เหมาะสม แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น และต้องไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษา สถานที่ประกอบ ปรง เก็บหรือสะสมอาหาร		
4.2	มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน		
4.3	มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้		
4.4	มีบริเวณสำหรับล้างภาชนะรองรับภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อและมีรางหรือท่อระบายน้ำลงสู่บ่อเกรอะบ่อซึม		
4.5	ข้อความบนคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ” ไว้ที่ หน้าห้องหรือหน้าอาคาร		
5	การจัดมูลฝอยติดเชื้อ		
5.1	รพ.สต.ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปที่ รพ.แม่ข่ายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง		
5.2	มีทะเบียนควบคุมกำกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยบริการที่เป็นปัจจุบันตรวจสอบได้		
คะแนนรวมทั้งหมด			

สภาพปัญหาที่พบ.....

.....

.....

.....

คำแนะนำ/แนวทางการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

ผลการประเมิน

☐ ผ่าน

☐ ไม่ผ่าน

ลายมือชื่อผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน/...../.....

ตัวชี้วัดที่ 27	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับที่พัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																										
หน่วยวัด	ร้อยละ																										
น้ำหนัก	ร้อยละ 1																										
คำอธิบาย 27/25/13	การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการจัดการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN กิจกรรม GREEN ได้แก่ G : Garbage คือ การจัดการมูลฝอยและการใช้ประโยชน์จากขยะและสิ่งปฏิกูลด้วยหลักการ 3 Rs R : Restroom คือ การจัดการส้วมในสถานบริการให้ได้มาตรฐาน HAS ตลอดจนส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ส้วมในสถานบริการอย่างถูกต้อง E : Energy คือ ลดการใช้พลังงานและพลังงานทดแทนจากชีวภาพและชีวมวล และลดการใช้พลังงานไฟฟ้าเพื่อประหยัดทรัพยากร E : Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดภาวะโลกร้อน และเชื่อมต่อสุขภาพ โดยเน้นหลัก 5 ส. จัดสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ น่าทำงาน และปลูกต้นไม้เพื่อความร่มรื่น N : Nutrition คือ รมรณรงค์อาหารปลอดภัยและสุขภาพด้วยการบริโภคผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง เพื่อลดการใช้สารเคมี กลยุทธ์ CLEAN ได้แก่ C : Communication การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจ L : Leader สร้างบทบาทนำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน E : Effectiveness ให้บังเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ A : Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม N : Networking ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,โรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลทั่วไป																										
เป้าหมาย 1 ระดับจังหวัด	รอบที่ 1 : ร้อยละ 15 รอบที่ 2 : ร้อยละ 30 รพช./รพท.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital																										
วิธีการประเมิน	ตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital																										
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560																										
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital																										
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด																										
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																										
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>5</td><td>10</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>10</td><td>20</td></tr> <tr> <td>3</td><td>รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>15</td><td>30</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>20</td><td>40</td></tr> <tr> <td>5</td><td>รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>25</td><td>50</td></tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	5	10	2	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	10	20	3	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	15	30	4	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	20	40	5	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	25	50
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																								
1	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	5	10																								
2	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	10	20																								
3	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	15	30																								
4	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	20	40																								
5	รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	25	50																								
เป้าหมาย 2 ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 : ร้อยละ 5 รอบที่ 2 : ร้อยละ 10 ของ รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital																										
วิธีการประเมิน	ตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital																										
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560																										

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital																											
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ทั้งหมด																											
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																											
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>3</td><td>6</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>4</td><td>8</td></tr> <tr> <td>3</td><td>รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>5</td><td>10</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>6</td><td>12</td></tr> <tr> <td>5</td><td>รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ</td><td>7</td><td>14</td></tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	3	6	2	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	4	8	3	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	5	10	4	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	6	12	5	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	7	14
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																									
1	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	3	6																									
2	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	4	8																									
3	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	5	10																									
4	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	6	12																									
5	รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ	7	14																									
เป้าหมาย 3 ระดับ รพ.สต.	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 5 ใน 5																											
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 1 ใน 5 (20%)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 2 ใน 5 (40%)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 3 ใน 5 (60%)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 4 ใน 5 (80%)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 5 ใน 5 (100%)</td></tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 1 ใน 5 (20%)	2	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 2 ใน 5 (40%)	3	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 3 ใน 5 (60%)	4	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 4 ใน 5 (80%)	5	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 5 ใน 5 (100%)												
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																											
1	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 1 ใน 5 (20%)																											
2	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 2 ใน 5 (40%)																											
3	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 3 ใน 5 (60%)																											
4	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 4 ใน 5 (80%)																											
5	รพช./รพท./รพ.สต.ดำเนินการกิจกรรม GREEN ผ่านเกณฑ์ 5 ใน 5 (100%)																											
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วย วัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital</td><td></td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital		-	-	-											
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2557	2558	2559																								
โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital		-	-	-																								
เอกสารอ้างอิง	1.เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลลโลกร้อนด้วยกาสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN HOSPITAL)																											
ผู้รับผิดชอบ	นางอุดมลักษณ์ เชื้อเวียง		โทร. 0959562454																									
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 103																									

มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 28	ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ไม่มีภาวะวิกฤติระดับ 7
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 2
คำอธิบาย 28/26/-	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) 2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA) 3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า 3 เดือน หรือ จะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน **การขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุดคือระดับ 7 โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้ 1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2) Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4) เงินทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = 1 คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6) ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน 7) ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < 6 เดือน = 1 คะแนน หมายเหตุ 1. หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีต่ำกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกเดือน 2. ระบบข้อมูลบัญชีที่ดีและมีคุณภาพ ของหน่วยบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผลการประเมินผลสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง 3. การบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรเงินในหลายกองทุน ดังนั้น การดำเนินงานในปี 2560 นี้ จะเน้นประสิทธิภาพตามแผนงานเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพเป็นหลักเพื่อให้หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการจัดสรรงบครบถ้วนตามปริมาณผลงานที่ดำเนินการ รวมทั้งพัฒนาส่วนที่สำคัญที่สุด คือ ฐานข้อมูลการบริการให้ได้ตามมาตรฐานกองทุนต่างๆที่มีเงื่อนไขการชดเชยที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการพัฒนาให้มีการทำงานที่สอดคล้องกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1. ทีมผู้ให้บริการในแต่ละจุดบริการ 2. ทีมเรียกเก็บเงินชดเชย 3. ทีมผู้ดูแลระบบข้อมูลและสารสนเทศ 4. ทีมการเงินและบัญชี และ 5. ทีมบริหารการเงินการคลัง ในปีนี้ สสจ. ได้นำ โปรแกรมบริหารลูกหนี้ ของ รพ.ชาติตระการ จ.พิษณุโลก มาเป็นเครื่องมือช่วยในการกำกับติดตามการดำเนินงานด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ฯ และการบันทึกบัญชี

	เกณฑ์การประเมินให้คะแนนประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะวิกฤติการเงิน ระดับ 7 : ทั้ง 3 ด้าน คือ		
	1. ด้านประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนงานเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้จากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ (55 คะแนน)	ระดับการวัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)
	1.1 อัตราความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (DBPOP)	CUP	≥99.95
	1.2 อัตราความถูกต้องของการให้สิทธิการรักษาเมื่อเข้ารับบริการ (“เอ๊ะ”HOSxP)	ทุกสิทธิ	≥95
	1.3 อัตราความครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่าบริการ (จากโปรแกรมบริหารลูกหนี้)	ทุกกองทุน	≥95
	1.4 อัตราความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่าบริการ (จากโปรแกรมบริหารลูกหนี้) (ไม่ติด C/Deny)	ทุกกองทุน	≥95
	1.5 อัตราความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่าบริการ (จากโปรแกรมบริหารลูกหนี้)	ทุกกองทุน	≥95
	1.6 อัตราหนี้สูญจากการเรียกเก็บค่าบริการฯ (จากโปรแกรมบริหารลูกหนี้)	ทุกกองทุน	≤1
	2. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับแผนประมาณการ มีความต่าง ไม่เกินร้อยละ 10 (10 คะแนน) แหล่งข้อมูล : รายงานข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้าง เทียบกับ planfin	รพ.	≤10
3. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การดำเนินงานตามกระบวนการควบคุมประสิทธิภาพด้านการบริหารการเงินการคลัง (FAI) 4 กระบวนการ (35 คะแนน) - กระบวนการควบคุมภายใน : 5 คะแนน - กระบวนการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง : 10 คะแนน - กระบวนการบริหารการเงินการคลัง (CFO) : 10 คะแนน - กระบวนการพัฒนาต้นทุนบริการ(Unit Cost) : 10 คะแนน แหล่งข้อมูล : รายงานผลการประเมิน FAI โดยคณะกรรมการระดับเขต รายไตรมาส	รพ./รพ.สต.	80	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลและ รพ.สต.ทุกแห่ง		
เป้าหมาย	ร้อยละ 100 (ไม่มีโรงพยาบาลที่มีภาวะวิกฤติการเงินการคลังระดับ 7)		
วิธีการประเมิน	จากผลการประเมินตามเกณฑ์ประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะวิกฤติการเงิน		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ต.ค.59-ม.ค.60 รอบที่ 2 : ต.ค.59-มิ.ย.60		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีคะแนนตามเกณฑ์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้และควบคุมภาวะวิกฤติการเงิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100		
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	โรงพยาบาลที่มีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ร้อยละ 60	
	2	โรงพยาบาลที่มีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ร้อยละ 70	

	3	โรงพยาบาลที่มีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ฯ ร้อยละ 80				
	4	โรงพยาบาลที่มีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ฯ ร้อยละ 90				
	5	โรงพยาบาลที่มีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ฯ ร้อยละ 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้และควบคุมภาวะวิกฤตการเงิน ระดับ 7		ร้อยละ	83.33	83.33	55.55
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังในหน่วยงาน 2. รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาล 3. แผนประมาณการรายได้-รายจ่ายและแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน เทียบกับรายรับ-รายจ่ายจริง 4. รายงาน/สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปรับปรุงประสิทธิภาพ 5. รายงานคุณภาพรายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th) 6. รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการ จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th) 7. ฐานข้อมูลการบริการจากโปรแกรม HOSxP 8. REP และ Invoid ตอบกลับจากทุกกองทุน 9. รายงานผลการจัดสรรทุกกองทุน 10. รายงานจากโปรแกรมบริหารลูกหนี้ และ โปรแกรม HOSxP					
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานประกันสุขภาพ		โทร. 042465067-70 ต่อ 104, 127			
	นางอัญชลีพร วุฒิเป็ก (CFO จังหวัด/แผนจัดเก็บรายได้)		โทร. 088-5639863			
	นายคัมภีร์ วงศ์วิเชียร (UC coverage/DBPOP)		โทร. 089-8611597			
	นางเกษศิริ เจือจันทิก (FAI/แผนเงินบำรุง)		โทร. 089-6786956			
	นางใจทิพ ดาวภคพันธ์ (กองทุน OP ในจังหวัด)		โทร. 089-7116536			
	กลุ่มงานบริหารทั่วไป		โทร. 042465067-70 ต่อ 124			
	นายสมศักดิ์ โคตรชมภู (FAI:กระบวนการควบคุมภายใน)		โทร. 085-8529292			
	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลากร		โทร. 042465067-70 ต่อ 107			
	นางชญาภา อุปดิษฐ์ (FAI:กระบวนการบริหารการเงินการคลัง (CFO) จังหวัด/planfin)		โทร. 097-9245469			
	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป		โทร. 042465067-70 ต่อ 113, 135			
	นส.วรัญญา สิมมา (FAI : กระบวนการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง รพ./รพ.สต.)		โทร. 081-2605977			
	น.ส.จิณณภัฏ หิระเดช งานการเงินและบัญชี (FAI : กระบวนการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง รพ./รพ.สต.)		โทร. 086-9162019			

ตัวชี้วัดที่ 29	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป																																						
หน่วยวัด	ร้อยละ																																						
น้ำหนัก	ร้อยละ 2																																						
คำอธิบาย 29/27/14	หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ สสอ. - การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท - การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 20 ของเดือน - ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 20 ของเดือน แบบฟอร์มการให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชี สาธารณสุขอำเภอ <table><tr><th>รายการตรวจสอบ</th><th>คะแนน</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr><tr><td>1. งบทดลอง</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>3. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>4. รายงานวัสดุคงคลัง</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>5. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>6. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>7. ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>8. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่ไม่จัดสรร</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>9. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่เบิกเงินแล้ว</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>10. ส่งรายงานงบการเงินไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>ผลรวม</td><td>10</td><td>0</td></tr></table> สาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้ คุณภาพบัญชีระดับ A = 9-10 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ B = 7-8 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ C = 5-6 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ D = 3-4 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ F = 1-2 คะแนน หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ รพ.สต. - การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท - มีการประชุมร่วมกับแม่ข่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นประจำทุกเดือน - ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน			รายการตรวจสอบ	คะแนน	คะแนนที่ได้	1. งบทดลอง	1		2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1		3. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	1		4. รายงานวัสดุคงคลัง	1		5. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร	1		6. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร	1		7. ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก	1		8. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่ไม่จัดสรร	1		9. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่เบิกเงินแล้ว	1		10. ส่งรายงานงบการเงินไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน	1		ผลรวม	10	0
รายการตรวจสอบ	คะแนน	คะแนนที่ได้																																					
1. งบทดลอง	1																																						
2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1																																						
3. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	1																																						
4. รายงานวัสดุคงคลัง	1																																						
5. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร	1																																						
6. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร	1																																						
7. ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก	1																																						
8. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่ไม่จัดสรร	1																																						
9. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่เบิกเงินแล้ว	1																																						
10. ส่งรายงานงบการเงินไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน	1																																						
ผลรวม	10	0																																					

	แบบฟอร์มการให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชี รพ.สต.																																						
	<table><tr><th>รายการตรวจสอบ</th><th>คะแนน</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr><tr><td>1.งบทดลอง</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>2.รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>3.สมุดเงินสด บัญชีแยกประเภท</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>4.แยกประเภทเงินฝาก</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>5.รายงานคงคลัง</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>6.งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>7.ทะเบียนเงินนอกงบประมาณ 404</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>8.ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>9.ทะเบียนคุมเงินยืม/สัญญาืม</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>10.ส่งรายงานงบการเงิน ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>รวมคะแนน 10 ข้อ</td><td>10</td><td>0</td></tr></table>	รายการตรวจสอบ	คะแนน	คะแนนที่ได้	1.งบทดลอง	1		2.รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1		3.สมุดเงินสด บัญชีแยกประเภท	1		4.แยกประเภทเงินฝาก	1		5.รายงานคงคลัง	1		6.งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร	1		7.ทะเบียนเงินนอกงบประมาณ 404	1		8.ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร	1		9.ทะเบียนคุมเงินยืม/สัญญาืม	1		10.ส่งรายงานงบการเงิน ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน	1		รวมคะแนน 10 ข้อ	10	0		
รายการตรวจสอบ	คะแนน	คะแนนที่ได้																																					
1.งบทดลอง	1																																						
2.รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1																																						
3.สมุดเงินสด บัญชีแยกประเภท	1																																						
4.แยกประเภทเงินฝาก	1																																						
5.รายงานคงคลัง	1																																						
6.งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร	1																																						
7.ทะเบียนเงินนอกงบประมาณ 404	1																																						
8.ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร	1																																						
9.ทะเบียนคุมเงินยืม/สัญญาืม	1																																						
10.ส่งรายงานงบการเงิน ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน	1																																						
รวมคะแนน 10 ข้อ	10	0																																					
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้ คุณภาพบัญชีระดับ A = 9-10 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ B = 7-8 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ C = 5-6 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ D = 3-4 คะแนน คุณภาพบัญชีระดับ F = 1-2 คะแนน																																						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง																																						
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป																																						
วิธีการประเมิน	1.ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัด 2.ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับเขต																																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลประจำเดือน มกราคม 2560 รอบที่ 2 : ข้อมูลประจำเดือน พฤษภาคม 2560																																						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป																																						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง																																						
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>2</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 85</td></tr><tr><td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>4</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 95</td></tr><tr><td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 100</td></tr></table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 80	2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 85	3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 90	4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 95	5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 100																								
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																						
1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 80																																						
2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 85																																						
3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 90																																						
4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 95																																						
5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 100																																						

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ F				
	2	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ D				
	3	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ C				
	4	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B				
	5	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	ร้อยละ	-	100	100	
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งตั้งแต่คณะทำงานพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องทางบัญชี					
	2. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานตามไตรมาส					
	3. แผนงาน/โครงการ ควบคุม กำกับ ติดตาม พัฒนาระบบคุณภาพบัญชี					
	4. แสดงการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย					
	4.1 ระดับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ					
	(1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท					
	4.2 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
	4.2.1 การบันทึกบัญชีขั้นต้น					
	(1) บัญชีเงินสด					
	(2) บัญชีเงินฝากธนาคาร					
(3) ใบโอน						
(4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน						
(5) รายงานเทียบยอดเงินฝากธนาคาร						
4.2.2 การบันทึกบัญชีขั้นปลาย						
(1) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี						
(2) การจัดทำรายงานงบการเงิน						
(3) ทะเบียนคุมทุกประเภท						
4.3 ระดับโรงพยาบาล						
4.3.1 แบบประเมินคุณภาพบัญชีของเขตสุขภาพที่ 8						
ผู้รับผิดชอบ	นางอุดมศรี แสงสว่าง		โทร 08 6855 7922			
	นางสาวจิฎาภักดิ์ หิระเดช		โทร 08 2310 8292			
	นางสาววรัญญา สิมมา		โทร 08 1260 5977			
	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป		โทร 0 4241-3233			

ตัวชี้วัดที่ 30	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity & transparency Assessment)
หน่วยวัด	คะแนน (เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์)
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 30/28/-	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมินดังกล่าวได้จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐและประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ 3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐและจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) การปลูกจิตสำนึก คือ สร้างจิตสำนึก ปรับฐานความคิดด้านการต่อต้านการทุจริตที่ตัวบุคคล สร้างพลังคุณธรรมขับเคลื่อนสังคม (2) การป้องกัน คือ สร้างระบบคุณธรรมและยกระดับความ โปร่งใสในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง (3) การปราบปราม คือ การปรับปรุง กฎระเบียบที่เอื้อต่อการทุจริตและปิดช่องโหว่ กำหนดมาตรการลงโทษผู้กระทำความผิดอย่าง รวดเร็วและเป็นธรรม (4) การสร้างเครือข่าย คือ การสร้างเครือข่ายการต่อต้านการทุจริตของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2556-2560) มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกัน ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีความโปร่งใส (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 2 ในปี 2560 คือ 50 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานทั้ง

	ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ หากผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 จะส่งผลต่อค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ของประเทศไทยให้ดีขึ้น เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ 5 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ 1) การประเมินภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT) เป็นการประเมินบุคลากรภายในหน่วยงาน 2) การประเมินภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) เป็นการประเมินผู้รับบริการ /ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน 3) การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด หน่วยงานที่ถูกประเมิน จำแนกดังต่อไปนี้ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประเมินโดย ศปท.และ ป.ป.ช. ซึ่งประเมินทั้งการประเมินภายนอก การประเมินภายใน และการประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) รอบและช่วงเวลาของการประเมินเป็นไปตามที่ ศปท. และ ป.ป.ช. กำหนด 2. ระดับ CUP คปสอ. ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ถือเป็น 1 หน่วยการประเมิน ทำการประเมินเฉพาะในส่วน of หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) มีรอบและช่วงเวลาของการประเมินสอดคล้องกับรอบการประเมินผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
เป้าหมาย	CUP ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในระดับคะแนน 85 คะแนน
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน จำแนกตามหน่วยงานที่ถูกประเมิน ดังนี้ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประเมินโดย ศปท.และ ป.ป.ช. ซึ่งประเมินทั้งการประเมินภายนอก การประเมินภายใน และการประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) เกณฑ์การประเมิน รอบการประเมิน และช่วงเวลาของการประเมินเป็นไปตามที่ ศปท. และ ป.ป.ช. กำหนด 2. ระดับ คปสอ. ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในอำเภอนั้นๆ ให้ถือเป็น 1 หน่วยการประเมิน ทำการประเมินเฉพาะในส่วน of หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) มีรอบและช่วงเวลาของการประเมิน ดังนี้ 2.1 เดือนมีนาคม 2560 คปสอ.ส่งผลการประเมินตนเอง โดยส่งเอกสาร ดังนี้ (1) แบบสรุปคะแนนเป็นรายกิจกรรม (2) แบบให้คะแนน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB) (3) หลักฐานประกอบการประเมิน (เอกสารการประเมินประกอบ EB) 2.2 เดือนเมษายน 2560 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐานและให้คะแนน

	(2) แจ้งผลการประเมิน 2.3 เดือนพฤษภาคม 2560 (1) วันที่ 1-10 พฤษภาคม 2560 ให้หน่วยงานที่ไม่พอใจผลการประเมินอุทธรณ์คะแนนการประเมิน โดยการชี้แจงหรือส่งหลักฐานเพิ่มเติม (2) วันที่ 11-31 พฤษภาคม 2560 คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ และแจ้งผล 2.4 ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2560 (1) ส่งสรุปคะแนนเป็นรายกิจกรรม (2) ส่งแบบให้คะแนน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB) (3) ส่งหลักฐานประกอบการประเมิน วันที่ 16-31 สิงหาคม 2560 (1) ผู้ประเมินระดับจังหวัดทำการตรวจเอกสารหลักฐานและให้คะแนน (2) แจ้งผลการประเมิน วันที่ 1-10 กันยายน 2560 หน่วยงานที่ไม่พอใจผลการประเมินอุทธรณ์คะแนนการประเมิน โดยชี้แจงหรือส่งหลักฐานเพิ่มเติม วันที่ 11-20 กันยายน 2560 พิจารณาอุทธรณ์ และแจ้งผลการประเมิน วันที่ 21-30 กันยายน 2560 สรุปผลการดำเนินงาน																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ในเดือนมีนาคม 2560 คปสอ.ส่งผลการประเมินตนเอง โดยส่งเอกสาร ดังนี้ (1) แบบสรุปคะแนนเป็นรายกิจกรรม (2) แบบให้คะแนน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB) (3) หลักฐานประกอบการประเมิน รอบที่ 2 : ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2560 (1) ส่งสรุปคะแนนเป็นรายกิจกรรม (2) ส่งแบบให้คะแนน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB) (3) ส่งหลักฐานประกอบการประเมิน																						
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนคะแนนที่ได้																						
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม																						
สูตรคำนวณ	A x B / 100																						
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 65 คะแนน</td></tr><tr><td>2</td><td>คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 70 คะแนน</td></tr><tr><td>3</td><td>คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 75 คะแนน</td></tr><tr><td>4</td><td>คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 80 คะแนน</td></tr><tr><td>5</td><td>คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 85 คะแนน</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 65 คะแนน	2	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 70 คะแนน	3	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 75 คะแนน	4	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 80 คะแนน	5	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 85 คะแนน						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
1	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 65 คะแนน																						
2	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 70 คะแนน																						
3	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 75 คะแนน																						
4	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 80 คะแนน																						
5	คปสอ. มีระดับคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 85 คะแนน																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>1. สสจ.หนองคาย (สสจ.+รพ.หนองคาย)</td><td>%</td><td>-</td><td>73.10</td><td>86.90</td></tr><tr><td>2. รพช. และ สสอ.</td><td></td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	1. สสจ.หนองคาย (สสจ.+รพ.หนองคาย)	%	-	73.10	86.90	2. รพช. และ สสอ.		-	-	-
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																					
		2557	2558	2559																			
1. สสจ.หนองคาย (สสจ.+รพ.หนองคาย)	%	-	73.10	86.90																			
2. รพช. และ สสอ.		-	-	-																			

เอกสารอ้างอิง	หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ตามตัวประเมิน EB1 – EB11 มีหัวข้อการประเมิน ดังนี้ EB1 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างอย่างไร EB2 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูล ผลการจัดซื้อจัดจ้างแต่ละโครงการให้สาธารณชนทราบโดยผ่านเว็บไซต์หรือสื่ออื่นๆ อย่างไร (กรณีการจัดซื้อจัดจ้าง พัสดมากกว่า 5 โครงการ ให้แสดงหลักฐาน 5 โครงการ ที่มีงบประมาณสูงสุด) EB3 การวิเคราะห์ การพัฒนาแผน และกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง EB4 การดำเนินงานตามคู่มือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจหลัก EB5 ความเป็นธรรมในการปฏิบัติงานตามภารกิจหลัก EB6 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติราชการตามภารกิจหลักของหน่วยงานภารกิจหลัก EB7 หน่วยงานของท่านมีช่องทางที่ให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลตามภารกิจหลักต่อไปนี้หรือไม่ EB8 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเรื่องร้องเรียนอย่างไร EB9 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนอย่างไร EB10 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตเป็นอย่างไร EB11 หน่วยงานของท่านมีการรวมกลุ่มของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อการบริหารงานที่โปร่งใสอย่างไร	
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล 1) นายสุภาพ โพนสิงห์ 2) นายเกียรติศักดิ์ คำอุ่น 3) ผู้ประเมิน ITA ระดับจังหวัด	โทร. 08 1768 1346 โทร. 08 9708 8301
	กลุ่มงานนิติการ	โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 111

ตัวชี้วัดที่ 31	ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ 1			
คำอธิบาย 31/29/-	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา หมายถึง การจัดซื้อของระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อของให้เน้นรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต เวชภัณฑ์ฯ หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุเอกซเรย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง			
เป้าหมาย	ร้อยละ 25			
วิธีการประเมิน	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน แยกประเภทจัดซื้อเองและจัดซื้อรวม ในระบบรายงานของสำนักบริหารการสาธารณสุข (http://phddb.moph.go.th/hssd1/)			
ระยะเวลาประเมินผล	ข้อมูลไตรมาส 1 : ภายในวันที่ 5 มกราคม 2560 ข้อมูลไตรมาส 2 : ภายในวันที่ 5 เมษายน 2560 ข้อมูลไตรมาส 3 : ภายในวันที่ 5 กรกฎาคม 2560 ข้อมูลไตรมาส 4 : ภายในวันที่ 5 ตุลาคม 2560 หมายเหตุ การประเมินผลรอบที่ 1 ใช้ข้อมูลไตรมาส 1 การประเมินผลรอบที่ 2 ใช้ข้อมูลไตรมาส 1-3			
รายการข้อมูล 1	A : มูลค่าการจัดซื้อของยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 2	B : มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 15		
	2	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 20		
	3	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 25		
	4	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 30		
	5	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 35		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2557 2558 2559
	ร้อยละของการจัดซื้อของยา และ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ทั่วไป วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุทันตกรรม) ของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย (ข้อมูลแยกรายวัสดุ)			35.24 35.92 (3ไตรมาส)
	- ยา			37.05 37.56
	- วัสดุการแพทย์ทั่วไป			22.37 30.14
	- วัสดุเอกซเรย์			39.42 50.95
	- วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์			32.77 45.05
	- วัสดุทันตกรรม			24.83 28.33

	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา และ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ทั่วไป วัสดุอิเล็กทรอนิกส์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุทันตกรรม) ของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย (ข้อมูลแยกรายโรงพยาบาล) - โรงพยาบาลหนองคาย - โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ - โรงพยาบาลโพนพิสัย - โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ - โรงพยาบาลสังคม - โรงพยาบาลสระใคร - โรงพยาบาลเฝ้าไร่			35.24 33.61 33.70 40.74 46.59 46.48 50.60 -	35.92 (3ไตรมาส) 30.89 42.84 30.70 46.85 44.52 42.60 25.75
เอกสารอ้างอิง	แบบรายงานข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560				
ผู้รับผิดชอบ	ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง ภญ. ปิยะมาศ ปรีชาภูก ภญ. กนิษฐา อ่อนประทุม ภญ. มนสิชา บุรณะบัญญัติ	โทร. 08 1871 3114 โทร. 083-2906287 โทร. 095-6637785 โทร. 091-0639982			
	งานพัฒนางานเภสัชกรรมและระบบบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 129			

ตัวชี้วัดที่ 32	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 2
คำอธิบาย 32/30/15	คำนิยาม การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วย รับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น แนวคิดของการควบคุมภายใน 1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติการควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีผลสุดท้ายของกรกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น 3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากรเนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมายระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน “การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด” คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกรณีที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่าง

สำเร็จลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นการออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)
3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)
4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications)
5. การติดตามประเมินผล (Monitoring)

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ
- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบทานต่อไป

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผลเป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่า ระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการทำงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิภาพหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง การกระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิภาพของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิภาพของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล การดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใดๆ ตามข้อเสนอแนะ

	การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง โรงพยาบาล 9 แห่ง												
เป้าหมาย	ร้อยละ 100												
วิธีการประเมิน	ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจประเมินผล และการเข้าตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในของหน่วยงาน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลรอบ 12 เดือนของปีงบประมาณ 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลรอบ 9 เดือนของปีงบประมาณ 2560												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 60	2	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 70	3	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 80	4	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 90	5	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 60												
2	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 70												
3	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 80												
4	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 90												
5	หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน ร้อยละ 100												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1-5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับที่</th><th>กิจกรรม</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงานระดับอำเภอ ของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td></tr> <tr> <td>3</td><td>การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 แบบ ปส. และส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน</td></tr> </tbody> </table>	ระดับที่	กิจกรรม	1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงานระดับอำเภอ ของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	2	มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 แบบ ปส. และส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน		
ระดับที่	กิจกรรม												
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงานระดับอำเภอ ของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน												
2	มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน												
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 แบบ ปส. และส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน												
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน												

	5	มีการออกติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงาน การตรวจเงินแผ่นดินกำหนด	ระดับ ที่	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ควบคุมภายในระดับจังหวัด 2. แผนงาน/โครงการพัฒนาระบบควบคุมภายใน, แผนการปรับปรุง 3. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน ควบคุมภายในระดับจังหวัด 4. รายงานผลการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผลการปรับปรุงตามเกณฑ์ที่ คตง. กำหนด 5. ข้อมูลความเสี่ยง, แผนปรับปรุงการควบคุมภายในและบริหารจัดการความเสี่ยง 6. รายงานความคืบหน้าในการบริหารจัดการความเสี่ยง 7. รายงานติดตามและประเมินผลการควบคุมภายใน 8. หนังสือส่งรายงานการควบคุมภายใน และเอกสารการรายงาน 9. เอกสารอื่น ๆ ตามรายการที่ต้องตรวจสอบตามที่ปรากฏในมาตรฐานการควบคุมภายในแต่ละระดับ ความสำเร็จอย่างครบถ้วน				
ผู้รับผิดชอบ	1.นายสมศักดิ์ โคตรชมพู	โทร. 08 5927 9982, 091 421 1645			
	2.นายชัยมงคล ชัยสว่าง	โทร. 08 1260 7907			
	งานควบคุมภายใน บริหารทั่วไป	โทร.0 4246 5067-70 ต่อ 124,134			

มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 33	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 6
คำอธิบาย 33/31/16	ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพ มีศักยภาพ ในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้องเชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อดูภาระงานของผู้ ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ใช้ประโยชน์ได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความ จำเป็น โดยไม่เป็นภาระมากเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ โดยกำหนดแนวทางพัฒนา ระบบข้อมูลไว้ดังนี้ 1. กำหนดนโยบายและทิศทางการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ 2. บูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนการนำเอาข้อมูลสารสนเทศไป ใช้ในการวางแผนทางยุทธศาสตร์ในทุกกระดับ - วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ภาระการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรในระดับปฏิบัติการ - กำหนดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data structure Standard) และมาตรฐานระบบ รายงาน (Data Presentation Standard) 3. การจัดตั้ง Health Data Center ในระดับเขตและระดับชาติ 4. การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Infra-structure) เพื่อรองรับการ ปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพระดับชาติ - การพัฒนาระบบการให้บริการระบบคอมพิวเตอร์ แบบ Private Cloud computing - ระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่ายเสมือน (Virtual Server System) 5. การพัฒนาทีมงาน กำลังคน การวิจัย การอบรมด้านระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง 6. การกำหนดมาตรฐานต่างๆ รวมทั้งการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลในระบบบริการ สุขภาพ (Standards and interoperability) - มาตรฐานศูนย์ข้อมูล (Data Center Standards) - การรับรองมาตรฐานซอฟต์แวร์ (Software accreditation Standards) - มาตรฐานการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล (Interoperability Standards) - มาตรฐานความปลอดภัยทางกายภาพ (It physical Security Standards) - มาตรฐานการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (It Data Security Standards) 7. ขับเคลื่อนการพัฒนานวัตกรรมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ - สนับสนุนการพัฒนา Mobile Health, TeleHealth, Health VDO Conference หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน ข้อมูลจากการสำรวจ 43 แฟ้มมาตรฐาน หมายถึง ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูล การให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน โดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตามโครงสร้าง ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ Version 2.1 (1 มกราคม 2559)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง

เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต./เทศบาล/PCU โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป												
วิธีการประเมิน	Health Data Center/ website สปสช.ส่วนกลาง/ website สสจ.หนองคาย												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2559-เดือนกุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2559-เดือนกรกฎาคม 2560												
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป												
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	ระดับจังหวัด/คปสอ. = $A \times 100 / B$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60												
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70												
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80												
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90												
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต./ เทศบาล/ PCU รพ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)</td></tr> </tbody> </table> ระดับหน่วยบริการ : ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสารสนเทศสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป เกณฑ์การจัดระดับหน่วยบริการ ดีมาก หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป ดี หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ปานกลาง หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 70 ขึ้นไป พอใช้ หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 60 ขึ้นไป ปรับปรุง หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้น้อยกว่าร้อยละ 60 เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ ความทันเวลา 10+ความถูกต้อง 20+ความครบถ้วน 70 = 100 (เทียบเกณฑ์การจัดระดับ) 1) ความทันเวลา 10 คะแนน หน่วยบริการ - ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกสัปดาห์ (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2559-เดือนกุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2559-เดือนกรกฎาคม 2560) คะแนนส่งชุดข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่ง} \times 10}{\text{จำนวนสัปดาห์ที่กำหนดต้องส่ง}}$	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)												
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)												
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)												
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)												
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)												

2) ความถูกต้อง 20 คะแนน

- ใช้คุณภาพข้อมูล OP/PP ที่ตรวจโดย สปสช. เป็นตัวแทนความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ทุกแฟ้มข้อมูลที่ สปสช. กำหนดให้ส่งและตรวจสอบความถูกต้อง

- ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินยึดวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช. (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2559-เดือนกุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2559-เดือนกรกฎาคม 2560)

$$\text{คะแนน} = \frac{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่มีความถูกต้อง} \times 20}{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่ส่งทั้งหมด}}$$

3) ความครบถ้วน ครอบคลุม 70 คะแนน ประเมินความครอบคลุม ประกอบด้วย

3.1 ลดความซ้ำซ้อนข้อมูลแฟ้ม Person (10 คะแนน)

ความครอบคลุมวัคซีน	คะแนนที่ได้
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.0	5
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.5	4
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.0	3
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.5	2
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2	1
มากกว่าร้อยละ 2	0

- ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมิน website สสจ.หนองคาย การตรวจสอบข้อมูลประชากรซ้ำซ้อน (รอบที่ 1 ข้อมูล ณ 25 กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ข้อมูล ณ 25 กรกฎาคม 2560)

3.2 ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR1 (10 คะแนน)

3.3 ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR2 (10 คะแนน)

ความครอบคลุมวัคซีน	คะแนนที่ได้
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95	5
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	4
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	3
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	2
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75	1
น้อยกว่า ร้อยละ 75	0

ประเมินจากข้อมูล HDC ครั้งที่ 1 ณ 25 กุมภาพันธ์ 2560

ครั้งที่ 2 ณ 25 กรกฎาคม 2560

3.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 10 คะแนน

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	คะแนนที่ได้
รักษาระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	5
รักษาระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	4
รักษาระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30	3
รักษาระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25	2
รักษาระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20	1
รักษาระดับน้ำตาลน้อยกว่า ร้อยละ 20	0

ประเมินจากข้อมูล HDC ครั้งที่ 1 ณ 25 กุมภาพันธ์ 2560

ครั้งที่ 2 ณ 25 กรกฎาคม 2560

3.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี 10 คะแนน						
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี			คะแนนที่ได้			
รักษาระดับความดันมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50			5			
รักษาระดับความดันมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45			4			
รักษาระดับความดันมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40			3			
รักษาระดับความดันมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35			2			
รักษาระดับความดันมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30			1			
รักษาระดับความดันน้อยกว่า ร้อยละ 30			0			
ประเมินจากข้อมูล HDC ครั้งที่ 1 ณ 25 กุมภาพันธ์ 2560						
ครั้งที่ 2 ณ 25 กรกฎาคม 2560						
3.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งมาตรฐาน (10 คะแนน)						
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งมาตรฐาน			คะแนนที่ได้			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80			5			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75			4			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70			3			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65			2			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60			1			
ประเมินจากข้อมูล HDC ครั้งที่ 1 ณ 25 กุมภาพันธ์ 2560						
ครั้งที่ 2 ณ 25 กรกฎาคม 2560						
3.7 ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์ (10 คะแนน)						
ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์			คะแนนที่ได้			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75			5			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70			4			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65			3			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60			2			
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55			1			
ประเมินจากข้อมูล HDC ครั้งที่ 1 ณ 25 กุมภาพันธ์ 2560						
ครั้งที่ 2 ณ 25 กรกฎาคม 2560						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	คะแนนเฉลี่ยที่หน่วยบริการสาธารณสุขทำได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสารสนเทศสุขภาพ		ร้อยละ	86.29	94.12	-
เอกสารอ้างอิง	1. Health Data Center (HDC) และข้อมูลสำรวจ ที่ใช้ในการประเมินผล					
	2. website สสจ.หนองคาย การตรวจสอบข้อมูลประชากรซ้ำซ้อน					
	3. website สปสช.ส่วนกลาง ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual record)					
ผู้รับผิดชอบ	นายสัมพันธ์ บัณฑิตเสน			โทร. 08 5746 8710		
	นายภาสกร ประดับวงศ์			โทร. 08 5924 9926		
	งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข			โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 106		

ตัวชี้วัดที่ 34	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index)												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 1.5												
คำอธิบาย 34/32/17	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) รายบุคคล และหน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินงานตามประเด็นโดยอาศัยหลักความสุข 8 ประการ+1 มิติ ได้แก่ 1.Happy Body สุขภาพดี 2.Happy Relax ผ่อนคลายดี 3.Happy Heart น้ำใจดี 4.Happy Soul จิตวิญญาณดี 5.Happy Family ครอบครัวดี 6.Happy Society สังคมดี 7.Happy Brain ใฝ่รู้ดี และ 8.Happy Money การเงินดี และ Happy Work Life การงานดี เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมขององค์กร โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขคนของคนทำงานไปใช้ ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย												
เป้าหมาย	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป												
วิธีการประเมิน	ประเมินจากรายงานของหน่วยงาน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัด												
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ร้อยละ 10 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป</td></tr><tr><td>2</td><td>ร้อยละ 20 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป</td></tr><tr><td>3</td><td>ร้อยละ 30 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป</td></tr><tr><td>4</td><td>ร้อยละ 40 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป</td></tr><tr><td>5</td><td>ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละ 10 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป	2	ร้อยละ 20 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป	3	ร้อยละ 30 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป	4	ร้อยละ 40 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป	5	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละ 10 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป												
2	ร้อยละ 20 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป												
3	ร้อยละ 30 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป												
4	ร้อยละ 40 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป												
5	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	หน่วยวัด		2557	2558	2559
	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุข ของคนทำงาน(Happy work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 3 ขึ้นไป		-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูลการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happy work life Index) ไปใช้ 2) รายงานของหน่วยงาน				
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ 2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นางชญาภา อุปดิษฐ์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทรศัพท์. : 0956729645 e-mail : vella_max@hotmail.com โทรศัพท์. : 0834151965 e-mail : jitnk127@gmail.com โทรศัพท์. : 0979245469 e-mail : tanyong_mm@hotmail.com โทร 042465067-70 ต่อ 107		

ตัวชี้วัดที่ 35	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้ และมีดัชนีความสุขเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 57																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 1.5																	
คำอธิบาย 35/33/18	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่มีการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) และหน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินงาน ตามประเด็นโดยอาศัยหลักความสุข 8 ประการ+1 มิติ ได้แก่ 1.Happy Body สุขภาพดี 2.Happy Relax ผ่อนคลายดี 3.Happy Heart น้ำใจดี 4.Happy Soul จิตวิญญาณดี 5.Happy Family ครอบครัวดี 6.Happy Society สังคมดี 7.Happy Brain ใฝ่รู้ดี และ 8.Happy Money การเงินดี และ Happy Work Life การงานดี เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมขององค์กร โดยต้องมีผู้ประเมินมากกว่าร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงาน																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัด																	
เป้าหมาย	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้และมีดัชนีความสุขเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 57																	
วิธีการประเมิน	ประเมินผลตามแบบประเมิน (Happy workplace Index)																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัด																	
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ร้อยละ 20 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้</td></tr><tr><td>2</td><td>ร้อยละ 30 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้</td></tr><tr><td>3</td><td>ร้อยละ 40 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้</td></tr><tr><td>4</td><td>ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้</td></tr><tr><td>5</td><td>หน่วยงานมีดัชนีความสุขมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 57</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละ 20 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้	2	ร้อยละ 30 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้	3	ร้อยละ 40 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้	4	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้	5	หน่วยงานมีดัชนีความสุขมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 57	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	ร้อยละ 20 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้																	
2	ร้อยละ 30 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้																	
3	ร้อยละ 40 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้																	
4	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้																	
5	หน่วยงานมีดัชนีความสุขมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 57																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้และมีดัชนีความสุขเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 57</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้และมีดัชนีความสุขเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 57	ร้อยละ	-	-	-
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
ร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้และมีดัชนีความสุขเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 57	ร้อยละ	-	-	-														
เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูลการประเมินองค์กรที่มีความสุข 2) รายงานของหน่วยงาน																	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิดเห็น 2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย 3.นางชญาภา อุปดิษฐ์ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทรศัพท์. : 0956729645 โทรศัพท์. : 0834151965 โทรศัพท์. : 0979245469															

ตัวชี้วัดที่ 36	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด/คปสอ. ร้อยละ ระดับ รพ.สต. ขึ้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 36/34/19	หน่วยงาน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทุกระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) การวิจัย หมายถึง กระบวนการค้นคว้าหาความรู้ที่มีระบบ เพื่อตอบประเด็นที่สงสัย โดยมีระเบียบวิธีอันเป็นที่ยอมรับในศาสตร์แต่ละศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง Routine to Research (R2R) หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ผลลัพธ์ของ R2R ได้มุ่งหวังเพียงแค่ได้ผลงานวิจัยเท่านั้น แต่มีเป้าหมายที่จะนำผลงานวิจัย R2R ไปใช้พัฒนางานประจำนั้นๆ ด้วย ผลงานวิจัย/R2R หมายถึง ผลงานหรือรายงานการพัฒนางานประจำ ที่ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปี 2560 เริ่มต้นจากปัญหา/คำถามวิจัยที่ได้จากหน่วยงาน หรืองาน ประจำที่ตนเองทำและรับผิดชอบ ต้องเป็นการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ต้องมีเป้าหมายชัดเจนว่า จะแก้ไขปัญหา/พัฒนา/ต่อยอด/ขยายผล งานที่ทำอยู่อย่างไร พัฒนาดตนเองและทีมงานในกระบวนการทำ R2R โดยมี องค์ประกอบ ผลงานวิจัยจากงานประจำดังนี้ 1. ชื่องานวิจัย 2. บทคัดย่อ + คำสำคัญ (Abstract + key word) 3. หลักการและเหตุผล(ที่มาและความสำคัญของปัญหาในการศึกษา) 4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5. วิธีและวิธีการ 6. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 8. ขั้นตอนและวิธีการ 9. ผลการวิจัย + สรุปได้ว่า 10. อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ 11. การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานประจำ 12. สิ่งที่ได้เรียนรู้และข้อเสนอแนะ 13. กิตติกรรมประกาศ 14. เอกสารอ้างอิง เงื่อนไขเฉพาะ ผลงานวิจัย R2R ที่นับเป็นผลงานในการประเมินผลงานนี้ คือ 1. ผลงานหรือรายงานการพัฒนางานประจำที่ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปี 2560 ในเรื่อง Service Plan 10 สาขา 2. ผลงานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ในจังหวัดหนองคาย หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งจะมีการพิจารณาทุก 3 เดือน (มีนาคม, มิถุนายน, สิงหาคม) และแจ้งผลภายใน 15 วัน ตามรายละเอียดแบบฟอร์มของสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผลงานของบุคลากรในจังหวัดที่ได้นำเสนอในเวทีระดับเขต ระดับประเทศ
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด และ คปสอ. = ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต. = ขึ้นตอนที่ 5
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนหน่วยงานที่มี การดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล สำหรับ R2R A2 : จำนวนหน่วยงานที่มีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และมีการนำผลงานไปใช้ อย่างน้อย 1 เรื่อง
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เป้าหมาย
	1	หน่วยงานมีการดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรม	ร้อยละ 60
	2	เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย	ร้อยละ 70
	3	หรือถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บ	ร้อยละ 80
	4	ข้อมูล สำหรับ R2R	ร้อยละ 90
	5		ร้อยละ 100
	รอบที่ 2		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	หน่วยงานที่มีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และมีการนำผลงานไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง ร้อยละ 60	
	2	หน่วยงานที่มีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และมีการนำผลงานไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง ร้อยละ 70	
	3	หน่วยงานที่มีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และมีการนำผลงานไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง ร้อยละ 80	
	4	หน่วยงานที่มีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และมีการนำผลงานไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง ร้อยละ 90	
	5	หน่วยงานที่มีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และมีการนำผลงานไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง ร้อยละ 100	
ระดับ รพ. ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1 เป้าหมาย 5 ขั้นตอน		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	หน่วยงาน มีแผนพัฒนางานประจำด้วยกระบวนการวิจัยระดับตำบล	
	2	พัฒนาบุคลากรในการพัฒนางานวิจัย R2R	
	3	มีผลการวิเคราะห์องค์กร/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
	4	ออกแบบกระบวนการวิจัย	
	5	หน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล สำหรับ R2R	
	รอบที่ 2 เป้าหมาย 5 ขั้นตอน		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	หน่วยงาน มีแผนพัฒนางานประจำด้วยกระบวนการวิจัยระดับตำบล	
	2	มีผลการวิเคราะห์องค์กร/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ออกแบบกระบวนการวิจัย	
	3	การดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่	
	4	สรุปผลการดำเนินงานและเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการตามแผนงาน	
	5	มีผลงานเข้าร่วมนำเสนอในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ และมีการนำผลงานไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง	

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	จำนวนผลงานR2R/งานวิจัยที่ได้นำเสนอ		จำนวน เรื่อง			
	- ระดับจังหวัด			-	47	37
	- ระดับเขต			-	4	9
- ระดับประเทศ		-		2	5	
เอกสารอ้างอิง	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย 2.แผนปฏิบัติการ 3. เอกสารสรุปเล่มรายงานผลโครงการวิจัย/R2R/นวัตกรรม					
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ 2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นางชญาภา อุปดิษฐ์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทรศัพท์. : 0956729645 e-mail : vella_max@hotmail.com โทรศัพท์. : 0834151965 e-mail : jitnk127@gmail.com โทรศัพท์. : 0979245469 e-mail : tanyong_mm@hotmail.com โทร 042465067-70 ต่อ 107			

ตัวชี้วัดที่ 37	ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานการจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 2
คำอธิบาย 37/35/-	การจัดการความรู้ หรือ KM ซึ่งที่ย่อมาจากคำว่า “Knowledge Management” คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในส่วนราชการซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถ เข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ นำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันสูงสุด (อ้างอิงจาก สำนักงาน ก.พ.ร.) KM ไม่ใช่เป้าหมาย แต่เป็นเครื่องมือ ที่จะช่วยให้มีการสร้าง รวบรวม จัดระบบ เผยแพร่ ถ่ายโอนความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน สถานการณ์ต่างๆ ได้ทันเวลา และทันเหตุการณ์ จะส่งผลให้การปฏิบัติงานของคนในองค์กรมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) กระบวนการจัดการความรู้ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การบ่งชี้ความรู้ คือ การค้นหาและระบุให้ได้ว่า การที่องค์กรจะบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ขององค์กร และ คนในองค์กรจำเป็นต้องรู้อะไรบ้าง ขณะนี้มีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด เช่น อยู่ในเอกสารฐานความรู้ หนังสือเวียน หรือในตัวบุคคล และอยู่ที่ใครบ้าง เป็นต้น (2) การสร้างและแสวงหาความรู้ โดยการสร้างความรู้ใหม่ที่เป็นต่อองค์กร การแสวงหาความรู้จากภายนอกองค์กร (องค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้ที่ต้องการเป็นพิเศษ) การรักษาความรู้เก่าที่มีอยู่และยังเป็นประโยชน์ต่อองค์กร ตลอดจนการกำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว เป็นต้น (3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ คือ การวางแผนโครงสร้างความรู้ในองค์กรเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต (4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ คือ การปรับปรุงเอกสาร โปรแกรมการจัดเก็บเอกสารให้เป็นมาตรฐาน โดยใช้รูปแบบและเนื้อหาเดียวกัน และปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการนำความรู้ไปใช้ได้อย่าง สะดวกรวดเร็วมากขึ้น (5) การเข้าถึงความรู้ คือ การกำหนดรูปแบบและวิธีการที่จะทำให้คนในองค์กร สามารถเข้าถึงความรู้ได้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรม การทำหนังสือเวียน การจัดทำ Website Web Board เป็นต้น (6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ การที่คนในองค์กรนำความรู้ที่มีอยู่มาแลกเปลี่ยนกัน ทั้งในรูปแบบที่จับต้อง ได้ เช่น เอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ Intranet หรือในรูปแบบที่ไม่สามารถจับต้องได้ เช่น การจัดทีมข้ามสายงาน การจัดกิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม การจัดชุมชนแห่งการเรียนรู้ การใช้ระบบพี่เลี้ยงเพื่อสอนงาน การสับเปลี่ยนสายงาน การยืมตัว และการจัดเวทีความคิดเห็น เป็นต้น (7) การเรียนรู้ คือ การที่คนในองค์กรนำองค์ความรู้ที่ได้รับมาในรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยมีการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ และนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในองค์กร แนวคิดเรื่องกระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	ร้อยละ 100
วิธีการประเมิน	รายงานการจัดการความรู้

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินงานจัดการความรู้ครบ 5 ขั้นตอน				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนน ใช้ประเมิน จังหวัด	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ			
	2	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ			
	3	ร้อยละ 80 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ			
	4	ร้อยละ 90 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ			
	5	ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานจัดการความรู้ (KM) อย่างเป็นระบบ			
เกณฑ์การให้คะแนน ใช้ประเมิน จังหวัด อำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยงานมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและ KM Team			
	2	มีการประชุมหาแนวทางการสร้างและจัดการความรู้ในหน่วยงาน			
	3	หน่วยงานจัดทำ Roadmap และดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ ขั้นตอน ที่ 1-2			
	4	หน่วยงานมีการดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ ขั้นตอนที่ 3-5			
	5	หน่วยงานมีการดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ ขั้นตอนที่ 6-7			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงาน การจัดการความรู้(KM) อย่างเป็นระบบ	ขั้นตอน	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1) รายงานของหน่วยงาน				
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ 2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นางชญาภา อุปดิษฐ์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทรศัพท์. : 09 5672 9645 e-mail : vella_max@hotmail.com โทรศัพท์. : 08 3415 1965 e-mail : jitnk127@gmail.com โทรศัพท์. : 09 7924 5469 e-mail : tanyong_mm@hotmail.com		

ตัวชี้วัดที่ 38.1	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับก้าวหน้า PL: Progressive Level (หมวด 1 และ หมวด2)						
หน่วยวัด	ร้อยละ						
น้ำหนัก	ร้อยละ 3						
คำอธิบาย	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับก้าวหน้า PL: Progressive Level หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินการ ดังนี้ โดยใช้แนวทางการพัฒนา PMQA “นำดี แผนชุด มีส่วนร่วม พัฒนาคณ พัฒนางาน สร้างความสุข มุ่งผลสัมฤทธิ์” ขั้นตอนดังนี้ 1. มอบนโยบายการพัฒนา PMQA ชี้แจงทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ สื่อสารการพัฒนา แนวทางการดำเนินงาน PMQA ภายในองค์กร อย่างทั่วถึง 2. ผู้บริหารร่วมกำหนดทิศทางองค์กร มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาและร่วมดำเนินการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลร่วมกับบุคลากร 3. กำหนดเจ้าภาพหลักหมวด 1-7 แต่งตั้งคณะกรรมการ PMQA 4. ชี้แจงแนวทางการพัฒนางานตามเกณฑ์คุณภาพ PMQA ในแต่ละหมวด 5. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ PMQA ระดับ PL 6. จัดทำแผนพัฒนาตาม Bullet 7. ติดตามความก้าวหน้าทุก 2 เดือน 8. ประเมินตนเองรอบ 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน 9. สรุปผลการพัฒนา PMQA ประชาสัมพันธ์ผลงานการพัฒนา PMQA ระดับ PL 10. มีผลการประเมินตนเอง ผ่านเกณฑ์ PMQA ระดับ PL หมวด 1, 2 โดยมีเกณฑ์การประเมิน PMQA ระดับ PL ดังรายละเอียดแนบท้าย						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ.หนองคาย						
เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ PMQA ระดับ PL หมวด 1, 2						
วิธีการประเมินผล	ประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพ PMQA ระดับ PL หมวด 1-7						
ระยะเวลา	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560)						
ประเมินผล	รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)						
รายการข้อมูล 1	A : ขั้นตอนที่ได้ดำเนินการ						
รายการข้อมูล 2	B : 5 ขั้นตอน						
สูตรคำนวณ							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอนที่</th><th>ระดับความสำเร็จ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td> สสจ.หนองคาย จัดกระบวนการพัฒนา PMQA ระดับก้าวหน้า ดังนี้ 1. มอบนโยบายการพัฒนา PMQA ชี้แจงทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ สื่อสารการพัฒนา แนวทางการดำเนินงาน PMQA ภายในองค์กร อย่างทั่วถึง 2. ผู้บริหารร่วมกำหนดทิศทางองค์กร มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาและร่วมดำเนินการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลร่วมกับบุคลากร </td></tr> <tr> <td>2</td><td> 1. กำหนดเจ้าภาพหลักหมวด 1-7 แต่งตั้งคณะกรรมการ PMQA 2. ชี้แจงแนวทางการพัฒนางานตามเกณฑ์คุณภาพ PMQA ในแต่ละหมวด </td></tr> </tbody> </table>	ขั้นตอนที่	ระดับความสำเร็จ	1	สสจ.หนองคาย จัดกระบวนการพัฒนา PMQA ระดับก้าวหน้า ดังนี้ 1. มอบนโยบายการพัฒนา PMQA ชี้แจงทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ สื่อสารการพัฒนา แนวทางการดำเนินงาน PMQA ภายในองค์กร อย่างทั่วถึง 2. ผู้บริหารร่วมกำหนดทิศทางองค์กร มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาและร่วมดำเนินการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลร่วมกับบุคลากร	2	1. กำหนดเจ้าภาพหลักหมวด 1-7 แต่งตั้งคณะกรรมการ PMQA 2. ชี้แจงแนวทางการพัฒนางานตามเกณฑ์คุณภาพ PMQA ในแต่ละหมวด
ขั้นตอนที่	ระดับความสำเร็จ						
1	สสจ.หนองคาย จัดกระบวนการพัฒนา PMQA ระดับก้าวหน้า ดังนี้ 1. มอบนโยบายการพัฒนา PMQA ชี้แจงทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ สื่อสารการพัฒนา แนวทางการดำเนินงาน PMQA ภายในองค์กร อย่างทั่วถึง 2. ผู้บริหารร่วมกำหนดทิศทางองค์กร มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาและร่วมดำเนินการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลร่วมกับบุคลากร						
2	1. กำหนดเจ้าภาพหลักหมวด 1-7 แต่งตั้งคณะกรรมการ PMQA 2. ชี้แจงแนวทางการพัฒนางานตามเกณฑ์คุณภาพ PMQA ในแต่ละหมวด						

	<table><tr><td>3</td><td>1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ PMQA ระดับ PL 2. จัดทำแผนพัฒนาตาม Bullet</td></tr><tr><td>4</td><td>1. ติดตามความก้าวหน้าทุก 2 เดือน 2. ประเมินตนเองรอบ 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน 3. ปรับปรุง แก้ไขพัฒนา ตามผลการประเมินตนเอง</td></tr><tr><td>5</td><td>1. สรุปผลการพัฒนา PMQA ประชาสัมพันธ์ผลงานการพัฒนา PMQA ระดับ PL 2. มีผลการประเมินตนเอง ผ่านเกณฑ์ PMQA ระดับ PL หมวด 1, 2</td></tr></table>	3	1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ PMQA ระดับ PL 2. จัดทำแผนพัฒนาตาม Bullet	4	1. ติดตามความก้าวหน้าทุก 2 เดือน 2. ประเมินตนเองรอบ 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน 3. ปรับปรุง แก้ไขพัฒนา ตามผลการประเมินตนเอง	5	1. สรุปผลการพัฒนา PMQA ประชาสัมพันธ์ผลงานการพัฒนา PMQA ระดับ PL 2. มีผลการประเมินตนเอง ผ่านเกณฑ์ PMQA ระดับ PL หมวด 1, 2							
3	1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ PMQA ระดับ PL 2. จัดทำแผนพัฒนาตาม Bullet													
4	1. ติดตามความก้าวหน้าทุก 2 เดือน 2. ประเมินตนเองรอบ 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน 3. ปรับปรุง แก้ไขพัฒนา ตามผลการประเมินตนเอง													
5	1. สรุปผลการพัฒนา PMQA ประชาสัมพันธ์ผลงานการพัฒนา PMQA ระดับ PL 2. มีผลการประเมินตนเอง ผ่านเกณฑ์ PMQA ระดับ PL หมวด 1, 2													
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ระดับก้าวหน้า PL: Progressive Level (หมวด 1 และ หมวด2)</td><td></td><td>ระดับ พื้นฐาน FL</td><td>ระดับ พื้นฐาน FL</td><td>ระดับ พื้นฐาน FL</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ระดับก้าวหน้า PL: Progressive Level (หมวด 1 และ หมวด2)		ระดับ พื้นฐาน FL	ระดับ พื้นฐาน FL	ระดับ พื้นฐาน FL
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ										
		2557	2558	2559										
หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ระดับก้าวหน้า PL: Progressive Level (หมวด 1 และ หมวด2)		ระดับ พื้นฐาน FL	ระดับ พื้นฐาน FL	ระดับ พื้นฐาน FL										
เอกสารอ้างอิง	1. นโยบายการพัฒนา PMQA สสจ.หนองคาย 2. ทิศทางองค์กร แผนยุทธศาสตร์ 5 ปี , แผนปฏิบัติการ 1 ปี คำนึงร่วม 3. คณะกรรมการ PMQA สสจ.หนองคาย 4. รายงานการประชุม 5. ผลการประเมินตนเอง PMQA ระดับ PL 6. รายงานสรุปผลการพัฒนา PMQA 7. เอกสารประชาสัมพันธ์ผลงานการพัฒนา PMQA ระดับ PL 8. ผลการประเมินตนเอง และผลการพัฒนา หมวด 1,2													
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์	โทร. 081-5927689												
	นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ	โทร. 081-6624126												
	นางบังอร พันนีก	โทร. 081-7172607												
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 117												

ตัวชี้วัดที่ 38.2	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA										
หน่วยวัด	ร้อยละ										
น้ำหนัก	ร้อยละ 3										
คำอธิบาย 38.2/36/20	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการ ดังนี้ ด้านกระบวนการ 1. อำเภอมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น หมายถึง คปสอ. ในจังหวัดหนองคาย จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อการรับบริการ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ โดยจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน และนำข้อคิดเห็นไปปรับปรุงกระบวนการทำงาน และส่งสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ถึงกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ 2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการ, แผน DHS รองรับแผนบูรณาการแต่ละด้าน, แผนจัดบริการตาม Service Plan หมายถึง คปสอ. ในจังหวัดหนองคาย มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผน DHS รองรับแผนบูรณาการแต่ละด้าน, รพ.จัดทำแผนการจัดบริการตาม Service Plan, รพ.สต. จัดทำแผนปฏิบัติการ และทุกแผนสรุปเป็นรูปเล่ม โดย คปสอ.ส่งแผนปฏิบัติการให้ นพ.สสจ.เป็นผู้อนุมัติ, รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ, ศสม. ส่งแผนให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้อนุมัติ ทั้งนี้ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนธันวาคม 2559 3. มีการดำเนินงานตามแผน หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ และมีการสรุปการใช้จ่ายงบประมาณ พร้อมทั้งรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยตัดยอดวันที่ 25 ของเดือน และส่งให้ สสจ.ภายในวันที่ 27 ของทุกเดือน โดยมีการควบคุมกำกับงานในการประชุมประจำเดือนของ คปสอ.ทุกเดือน (มีรายงานการประชุม) 4. มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย หมายถึง หน่วยงานระดับจังหวัด (สสจ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับ คปสอ. โดยคณะกรรมการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง และสรุปผลการประเมินแจ้งในที่ประชุม กวป. หน่วยงานระดับอำเภอ (คปสอ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับตำบล (รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล) ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ครั้งที่ 2 ภายในเดือนกรกฎาคม 2560 และส่งผลการนิเทศ/ประเมิน ให้ สสจ.ภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้านผลลัพธ์ 5. KPI 5 Goal Setting , กลุ่มวัย, Service Plan ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 (รอบที่ 2) หรือที่ระดับคะแนน 3 (รอบที่ 1) หรือตามที่กำหนด เกณฑ์การจัดระดับคะแนน ดังนี้ <table border="0"> <tr> <td>- คะแนน <50</td><td>ระดับปรับปรุง</td></tr> <tr> <td>- คะแนน 50-59.99</td><td>ระดับพัฒนา</td></tr> <tr> <td>- คะแนน 60-69.99</td><td>ระดับปานกลาง</td></tr> <tr> <td>- คะแนน 70-79.99</td><td>ระดับดี</td></tr> <tr> <td>- คะแนน 80 ขึ้นไป</td><td>ระดับดีมาก</td></tr> </table> โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังรายละเอียดแนบท้าย	- คะแนน <50	ระดับปรับปรุง	- คะแนน 50-59.99	ระดับพัฒนา	- คะแนน 60-69.99	ระดับปานกลาง	- คะแนน 70-79.99	ระดับดี	- คะแนน 80 ขึ้นไป	ระดับดีมาก
- คะแนน <50	ระดับปรับปรุง										
- คะแนน 50-59.99	ระดับพัฒนา										
- คะแนน 60-69.99	ระดับปานกลาง										
- คะแนน 70-79.99	ระดับดี										
- คะแนน 80 ขึ้นไป	ระดับดีมาก										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.ในจังหวัดหนองคาย ทั้ง 9 อำเภอ										

เป้าหมาย	ร้อยละ 80																
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากเอกสาร รูปเล่มสรุปผลงาน และการส่งผลงาน file เอกสารตามขั้นตอนการพัฒนาการบริหารจัดการ คปสอ.ตามเกณฑ์ PMQA ด้านกระบวนการและผลลัพธ์																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ.ที่ผ่านคุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ.ทั้งหมด																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>2</td><td>ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>3</td><td>ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td>ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>5</td><td>ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 100</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 60	2	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 70	3	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 80	4	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 90	5	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 60																
2	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 70																
3	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 80																
4	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 90																
5	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ร้อยละ 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับต้องปรับปรุง</td></tr><tr><td>2</td><td>อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับพัฒนา</td></tr><tr><td>3</td><td>อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับพอใช้</td></tr><tr><td>4</td><td>อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับดี</td></tr><tr><td>5</td><td>อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับดีมาก</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับต้องปรับปรุง	2	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับพัฒนา	3	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับพอใช้	4	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับดี	5	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับดีมาก
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับต้องปรับปรุง																
2	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับพัฒนา																
3	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับพอใช้																
4	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับดี																
5	อำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA ระดับดีมาก																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA</td><td>ร้อยละ</td><td>100% (9 อำเภอ)</td><td>66.67% (6 อำเภอ)</td><td>100% (9 อำเภอ)</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA	ร้อยละ	100% (9 อำเภอ)	66.67% (6 อำเภอ)	100% (9 อำเภอ)			
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ													
		2557	2558	2559													
ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA	ร้อยละ	100% (9 อำเภอ)	66.67% (6 อำเภอ)	100% (9 อำเภอ)													
เอกสารอ้างอิง	1. แผนยุทธศาสตร์ 2. แผนปฏิบัติการ DHS 3. แผนการจัดบริการตาม Service Plan 4. รายงานการประชุม คปสอ. 5. ไฟล์การส่งสรุปการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ 6. สรุปผลการนิเทศงาน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 7. สรุปผลการประเมิน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล																
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์		โทร. 081-5927689														
	นางศิวพร เลียวานิชย์เจริญ		โทร. 081-6624126														
	นางบังอร พันนิก		โทร. 081-7172607														
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 117														

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2	ได้	
ด้านกระบวนการ					
1	อำเภอมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น - ไม่มีการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็น - จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด - จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นภายในระยะเวลาที่กำหนดแต่ยังไม่ส่งสรุปผล - จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นภายในระยะเวลาที่กำหนดและส่งสรุปผล	5 คะแนน 0 คะแนน 1 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน			- สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ - ภาพกิจกรรม
2	หน่วยงานจัดทำแผนและแผนปฏิบัติการได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5 คะแนน <80% = 0 ร้อยละ 80 = 1 คะแนน ร้อยละ 85 = 2 คะแนน ร้อยละ 90 = 3 คะแนน ร้อยละ 95 = 4 คะแนน ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			จัดทำแผนสรุปเป็นรูปเล่ม อนุมัติแผนปฏิบัติการให้เสร็จสิ้น ภายในเดือนธันวาคม 2559 - คปสอ.จัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการ DHS (1, 2) - รพ. จัดทำแผนการจัดบริการตาม Service Plan ระดับอำเภอ (3) - รพ.สต./ศสม.จัดทำแผนปฏิบัติการ (4, 5) โดยที่ - คปสอ. ส่งแผนปฏิบัติการ DHS ให้ นพ.สสจ. เป็นผู้อนุมัติ (1) - รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ (2) - ศสม. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้อนุมัติ (3)
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน ส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ	5 คะแนน ไม่ส่ง=0 1 เดือน=1 - 2 เดือน=3 - 3 เดือน=5	5 คะแนน <4 เดือน=0 4 เดือน=1 5 เดือน=2 6 เดือน=3 7 เดือน=4 8 เดือน=5		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน รอบที่ 1 ช่วงเดือน ธ.ค.59-ก.พ.60 รอบที่ 2 ช่วงเดือน ธ.ค.59-ก.ค.60
3.2	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ หน่วยงานมีการใช้จ่ายงบประมาณ ร้อยละ	5 คะแนน <20=0 20=1 คะแนน 25=2 คะแนน 30=3 คะแนน 35=4 คะแนน 40=5 คะแนน	5 คะแนน <60=0 60=1 คะแนน 55=2 คะแนน 70=3 คะแนน 75=4 คะแนน 80=5 คะแนน		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน มีผลการเบิกจ่ายงบประมาณตามกำหนด ดังนี้ - ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่าย ร้อยละ 33 - ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่าย ร้อยละ 55 - ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่าย ร้อยละ 76 - ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่าย ร้อยละ 98
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร ส่งไฟล์เอกสารครบทั้ง 4 ไฟล์ ช้ากว่ากำหนด	5 คะแนน > 4 วัน=0 4 วัน=1 คะแนน 3 วัน=2 คะแนน 2 วัน=3 คะแนน 1 วัน=4 คะแนน ภายในกำหนด=5 คะแนน			ส่งสรุปผลการนิเทศงานและประเมินผลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (1) SAR ผลการประเมินตนเองของ คปสอ. (2) SAR ผล คปสอ. ประเมิน รพ.สต./ศสม. (3) สรุปผลการนิเทศ รพ.สต./ศสม. (4) จัดลำดับคะแนน รพ.สต. *เล่มสรุปรายงานผลการปฏิบัติงาน ส่งวันประเมิน

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
4.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ.	5 คะแนน			* รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ. (ส่งวันประเมิน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้
	คะแนนรูปเล่มรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขฯ	ระดับปรับปรุง = 1 คะแนน			- คะแนน <50 ระดับปรับปรุง
		ระดับพัฒนา = 2 คะแนน			- คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา
		ระดับปานกลาง = 3 คะแนน			- คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง
		ระดับดี = 4 คะแนน			- คะแนน 70-79.99 ระดับดี
		ระดับดีมาก = 5 คะแนน			- คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก
ด้านผลลัพธ์					
5	KPI 5 Goal setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	5 คะแนน			โดยที่ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนนตามที่กำหนด
		<ร้อยละ 65 = 0 คะแนน			
		ร้อยละ 65 = 1 คะแนน			
		ร้อยละ 60 = 2 คะแนน			
		ร้อยละ 65 = 3 คะแนน			
		ร้อยละ 70 = 4 คะแนน			
		ร้อยละ 75 = 5 คะแนน			
	รวมคะแนน	เต็ม 35 คะแนน		ได้	ร้อยละ

สรุปตารางการให้คะแนน

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนนเต็ม
1	อำเภอมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น	5			
2	หน่วยงานจัดทำแผนและแผนปฏิบัติการได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5			
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน	5			
3.2	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ	5			
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร	5			
4.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ.	5			
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	5			
	รวมคะแนน	35			

แบบให้คะแนนรายงานสรุปผลการผลการปฏิบัติงานสาธารณะสุข ของ คปสอ. (ข้อ 4.2)

ลำดับ	รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1	ส่วนหน้า ข้อมูลทั่วไป			
2	รายงานผลการปฏิบัติงานรายตัวชี้วัด			
KPI 1				
KPI 2				
KPI 3				
KPI 4				
KPI 5				
KPI 6				
KPI 7				
KPI 8				
KPI 9				
KPI 10				
KPI 11				
KPI 12				
KPI 13				
KPI 14				
KPI 15				
KPI 16				
KPI 17				
KPI 18				
KPI 19				
KPI 20				
KPI 21				
KPI 22				
KPI 23				
KPI 24				
KPI 25				
KPI 26				
KPI 27				
KPI 28				
KPI 29				
KPI 30				
KPI 31				
KPI 32				
KPI 33				
KPI 34				
KPI 35				
KPI 36				
KPI 37				
	รวมคะแนน			

ตัวชี้วัด กลุ่มวัย

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัด 1	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 25												
คำอธิบาย 1/1/1	การบริหารจัดการ MCH Board หมายถึง - มี MCH Board ระดับอำเภอ มีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี และมีรายงานการประชุมทุกครั้ง โดยมีวาระการประชุมคือสถานการณ์และผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก มีการสืบสวนการตายของมารดาและทารกทุกรายและรายงานจังหวัดภายใน 1 เดือน มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 5 นาที และเด็กที่สงสัยพัฒนาล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัดภายใน 1 เดือน - มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดเองโดย MCH Board จังหวัด - มีการจัดบริการ ANC/WCC/LR ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมพัฒนาการดี เริ่มที่นมแม่ - มีผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้ (จาก HDC) - อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ - ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 - ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว - ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน - ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10 - อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ - ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ - อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 - คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 - คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 - LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	MCH Board ระดับอำเภอ 9 อำเภอ												
เป้าหมายระดับจังหวัด	รอบที่ 1 อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ (คะแนนร้อยละ 80) ร้อยละ 100 รอบที่ 2 อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ (คะแนนร้อยละ 90) ร้อยละ 100												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 60	2	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 70	3	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 80	4	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 90	5	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 60												
2	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 70												
3	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 80												
4	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 90												
5	อำเภอผ่านเกณฑ์ MCH คุณภาพ ร้อยละ 100												
เป้าหมายระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ผลรวมคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 80 รอบที่ 2 ผลรวมคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 90												

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	ผลประเมิน MCH คุณภาพ ร้อยละ		40	50	
	2	ผลประเมิน MCH คุณภาพ ร้อยละ		50	60	
	3	ผลประเมิน MCH คุณภาพ ร้อยละ		60	70	
	4	ผลประเมิน MCH คุณภาพ ร้อยละ		70	80	
	5	ผลประเมิน MCH คุณภาพ ร้อยละ		80	90	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	อำเภอ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2559				
		คะแนนเต็ม	ผลงาน	ร้อยละ		
	เมืองหนองคาย	150	140	93.00		
	ท่าบ่อ	150	142	94.67		
	โพนพิสัย	150	143	95.00		
	ศรีเชียงใหม่	150	135	90.00		
	สังคม	150	135	90.00		
	สระใคร	150	135	90.00		
	เผ่าไร่	150	130	86.67		
	รัตนวาปี	150	124	82.67		
	โพธิ์ตาก	150	130	86.67		
	จังหวัด	1,350	1,214	89.92		
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
	1. อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน		ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	0	20.33	0
	2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์		ร้อยละ	53.98 (2,972/5,006)	88.18 (1,963/2,228)	51.42 (HDC) (2,157/4,195)
	3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์		ร้อยละ	76.71 (978/1,275)	82.45 (1,104/1,339)	75.47 (1,788/2,369)
	4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7		ร้อยละ	7.48	8.83	8.13 (123/1,513)
	5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว		ร้อยละ	47.49 (1,322/2,784)	75.12 (1,389/1,849)	62.69 (3,307/5,275)
	6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน			100	100	88.19
	7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10		ร้อยละ	-	Lab1=22.65 Lab2=23.79	15.33 (109/711)
	8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ		ต่อพันการเกิดมีชีพ	6.38	6.51	1.92 (7/3,641)
	9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ		ต่อพันการเกิดมีชีพ	20.12	21.96	13.66 (80/5,838)
	10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7		ร้อยละ	-	-	6.19 (366/5,915)
	11. คลินิก ANCผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100		ร้อยละ	86.72	92.69	96.78 (80/83)
	12. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100		ร้อยละ	86.72	91.57	97.59 (81/83)
	13. LR ผ่านเกณฑ์การคลอตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง		ร้อยละ	100 (5 รพ.)	100 (5 รพ.)	83.33 (5/6 รพ.)

	คำอธิบายศัพท์ อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio (MMR)) หมายถึง การตายของมารดาไทย ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate) หมายถึงการตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงสันเท้า 35 เซนติเมตร หรือมากกว่าบวกจำนวนการตายของทารกที่อายุต่ำกว่า 7 วัน ต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน) อัตราตายทารก (Infant Mortality Rate) หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพตายก่อนอายุครบ 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพทั้งหมด 1,000 คน อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ (Rate of Anemia in Pregnancy Woman) หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 หรือฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร (ตรวจครั้งแรกที่มาฝากครรภ์) ต่อจำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือด 100 คน อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองธาลัสซีเมีย หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกคนที่ผ่านการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในทุกอายุครรภ์ ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 100 คน หมายเหตุ : การผ่านการตรวจ หมายถึง เคยได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ในครรภ์นี้หรือ ครรภ์ก่อน อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึงจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมด 100 คน การคลอดก่อนกำหนด (Premature Labor) หมายถึงเด็กที่คลอดออกมาจากมารดาที่ตั้งครรภ์ ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป/หรือน้ำหนักเด็กที่คลอดออกมาน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัมขึ้นไป ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) หมายถึงภาวะที่ประกอบ ด้วยเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจาก เมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีภาวะระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และปริมาตรเลือดที่ผ่านปอด (pulmonary perfusion) น้อย หรือมีไม่เพียงพอ หลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญ ขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆ ทางสมอง ตามมา เช่น Epilepsy, Mental Retardation, Cerebral Palsy และ Learning Disabilities หรือเป็นผลให้ทารกเสียชีวิต นำ ไป สู่ความสูญเสียของครอบครัวและสังคม การคลอดมาตรฐาน หมายถึง - มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน - มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง - มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น - มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐานตามเกณฑ์ - มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)
--	--

เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ 2. แผนงาน/โครงการ 3. รายงานการประชุม 4. รายงานการสืบสวนการตายมารดาและทารก 5. ระบบรายงาน HDC / cockpit	
ผู้รับผิดชอบ	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร. 08 8571 3729 e-mail: usrisom@yahoo.com
	นางณัฐชานันท์ พรหมเขจร	โทร. 09 3376 1755 e-mail; wassana_boss@hotmail.com
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัด 2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 10
คำอธิบาย 2/2/2	เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่ตรวจพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาและประเมินซ้ำแล้ว ผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ในการประเมินพัฒนาการครั้งแรก (พัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม) เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำภายใน 30 วัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 2. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 3. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
วิธีการประเมิน	HDC
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 : เมษายน 2559 – กันยายน 2559 (บันทึกย้อนหลัง 6 เดือน) / ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 (รอบประเมินปี 2560) รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการครั้งแรกและมีพัฒนาการผ่านครบ 5 ด้าน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน และผลการตรวจพัฒนาการผ่านครบ 5 ด้าน
สูตรคำนวณ	1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย = $(A+E)/B \times 100$ 2. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) = $(C/B) \times 100$ 3. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน = $(D/C) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75			
	2	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80			
	3	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85			
	4	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90			
	5	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95			
	2. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	
	2	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 17.5	ร้อยละ 22.5	
	3	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	
	4	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 22.5	ร้อยละ 27.5	
	5	เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	
	3. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำ ร้อยละ 80			
	2	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำ ร้อยละ 85			
	3	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำ ร้อยละ 90			
	4	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำ ร้อยละ 95			
	5	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำ ร้อยละ 100			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	98.46 (25,503/25,902)	98.53 (24,741/25,112)	99.69 (28,919/28,883)
	แหล่งข้อมูล		Cockpit	Cockpit	HDC
	อำเภอ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2559 (จาก HDC)			
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	เมืองหนองคาย	7,376	7,353	99.69	
	ท่าบ่อ	5,062	5,046	99.68	
	โพนพิสัย	5,382	5,351	99.42	
	ศรีเชียงใหม่	1,429	1,428	99.93	
	สังคม	1,581	1,575	99.62	
	สระใคร	1,546	1,546	100	
	เผ้าไร่	2,977	2,975	99.93	

	รัตนวาปี	2,572	2,568	99.84
	โพธิ์ตาก	994	988	99.4
	จังหวัด	28,919	28,830	99.69
เอกสารอ้างอิง	1.ฐานข้อมูล 43แฟ้ม HDC/Cockpit 2.การตรวจประเมินนิเทศงานของจังหวัด/เปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย			
ผู้รับผิดชอบ	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร. 08 8571 3729 e-mail: usrisom@yahoo.com		
	นางณัฐชานันท์ พรหมเชจร	โทร. 09 3376 1755 e-mail: wassana_boss@hotmail.com		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123		

เกณฑ์การดำเนินงาน ปี 2560

บทบาทจังหวัด	บทบาทอำเภอ		
	รอบ 3, 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำหลักการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กอายุ0-2ปีเชิงระบบ - พัฒนารูปแบบ คู่มือการให้ความรู้และทักษะพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ - พัฒนาด้านแบบมุม “เล่นตามรอยพระยุคลบาท” ในWCC และลานเล่น “ตามรอยพระยุคลบาท” ในศูนย์เด็กเล็ก - พัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพให้หน้าอ่าน เข้าใจง่าย ใช้สะดวกและจัดทำเป็น E-book - สนับสนุนคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า - สนับสนุนระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า - รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ9,18,30,42 เดือนในเดือนกรกฎาคม - จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า	- ส่งเสริมให้ รพ.สต.ทุกแห่งจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทใน WCCคุณภาพ - ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า - สนับสนุนระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก - ส่งเสริมการพัฒนาเด็กองค์รวมด้วยจัดทำแผนพัฒนา “ตำบลเด็กพัฒนาดีเริ่มที่นมแม่อย่างมีส่วนร่วม” - วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการและแนวทางการแก้ไข - ประชุม MCH board ระดับอำเภอ - นิเทศ ติดตาม กำกับ	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า - รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือนในเดือนกรกฎาคม - จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ - ประชุม MCH board ระดับอำเภอ - นิเทศ ติดตาม กำกับ	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า - มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี - เด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการประเมินพัฒนาการเด็ก - รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และแนวทางการแก้ไข - ประชุม MCH board ระดับระดับจังหวัดและอำเภอ - นิเทศ ติดตาม กำกับ

บทบาทจังหวัด	บทบาทอำเภอ		
	รอบ 3, 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี - เด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการด้วย DSPM - พัฒนาศักยภาพทีมวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่และนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กจังหวัดและอำเภอ - พัฒนามาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กและสนับสนุนคู่มือการประเมินมาตรฐาน - ส่งเสริมการสื่อสารความรู้ระดับบุคคลด้วยการส่งข้อความสั้นแก่หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ทุกเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ ฟรี - การศึกษาสถานการณ์พัฒนาเด็กปฐมวัย (DSPMI) และพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว - ประเมินตรวจราชการ นิเทศ ติดตาม - สรุปผลการดำเนินงาน			

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 3	อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี					
หน่วยวัด	อัตราต่อพัน					
น้ำหนัก	ร้อยละ 10					
คำอธิบาย 3/3/3	การตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี หมายถึง จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีวิตในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล					
เป้าหมาย	ไม่เกิน 25 ต่อพันหญิงอายุ 15-19 ปี					
วิธีการประเมิน	HDC					
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ต.ค.59 - ก.พ.60					
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ต.ค.59 - ก.ค.60					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีวิตโดยหญิงอายุ 15-19 ปี					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปีทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 1,000					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 45 ต่อพัน				
	2	อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 40 ต่อพัน				
	3	อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 35 ต่อพัน				
	4	อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 30 ต่อพัน				
	5	อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 25 ต่อพัน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี (HDC 57-59)		อัตราต่อพัน	12.1	31.7	27.7
	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา (1,000)		
	เมืองหนองคาย	5,739	140	24.39		
	ท่าบ่อ	3,017	66	21.88		
	โพนพิสัย	4,088	142	34.74		
	ศรีเชียงใหม่	951	23	24.19		
	สังคม	1,013	32	31.59		
	สระใคร	1,010	33	32.67		
	เฝ้าไร่	1,635	56	34.25		
	รัตนวาปี	1,655	49	29.61		
	โพธิ์ตาก	600	5	8.33		
	รวม	19,708	546	27.7		

เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน 2. บันทึกรายงาน และประมวลผลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ปีละ 4 ครั้ง (ธ.ค., มี.ค., มิ.ย., ก.ย.) วิเคราะห์และสรุปผล ดังนี้ รอบที่ 1 :ต.ค.59 - ก.พ.60 รอบที่ 2 :ต.ค.59 - ก.ค.60 3. สรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน 4. ข้อมูล 43 แฟ้ม 5. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมั่นไวย์	โทร. 08 3144 6566
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ไม่เกินร้อยละ 10					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ 15					
คำอธิบาย 4/4/4	การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ที่มาคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปต่อจำนวนวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร					
เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 10					
วิธีการประเมิน	HDC/Cockpit					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ต.ค.59 - ก.พ.60 รอบที่ 2 : ต.ค.59 - ก.ค.60					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 30				
	2	การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 25				
	3	การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 20				
	4	การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15				
	5	การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 10				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ไม่เกินร้อยละ 10		ร้อยละ	11.40	12.86	15.25
	อัตราของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี(ที่มา COCKPIT59 12/10/59)					
	อำเภอ	เป้าหมาย(B)	ผลงาน(A)	ร้อยละ/อัตรา		
	เมือง	188	26	13.83		
	ท่าบ่อ	100	17	17.00		
	โพนพิสัย	174	25	14.37		
	ศรีเชียงใหม่	27	6	22.22		
	สังคม	37	7	18.92		
สระใคร	37	4	10.81			
เผ่าไร่	58	8	13.79			
รัตนวาปี	51	8	15.69			
โพธิ์ตาก	10	3	30.00			
รวม	682	104	15.25			

เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและเยาวชน 2. บันทึกรายงาน และประมวลผลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ปีละ 4 ครั้ง (ธ.ค., มี.ค., มิ.ย., ก.ย.) วิเคราะห์และสรุปผล ดังนี้ รอบที่ 1 : ต.ค.59 - ก.พ.60 รอบที่ 2 : ต.ค.59 - ก.ค.60 3. สรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและเยาวชน 4. ข้อมูล 43 แฟ้ม 5. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมั่นไวย์	โทร. 08 3144 6566
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 25
คำอธิบาย 5/5/5	ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามมาตรฐาน “ตำบลจัดการสุขภาพ” เพื่อขับเคลื่อนแบบบูรณาการให้ตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคตดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเอง และรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในเรื่องดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์ที่กำหนดตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน มาตรฐานที่กำหนด (มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพ) หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม แบ่งระดับมาตรฐาน เป็น 5 ระดับ ดังนี้ - การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน) - การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา) - การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี) - ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก) - ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม) ที่มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ตำบลที่ใช้กระบวนการตาม “มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพ” เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ให้บรรลุตามองค์ประกอบ 6 ข้อ ดังนี้ - มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว - มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

	4) มีบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)																												
กลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดหนองคาย 2) ตำบลทุกตำบล (จำนวน 62 ตำบล) ใน 9 อำเภอของจังหวัดหนองคาย																												
เป้าหมาย	1. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป <table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ร้อยละ 50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>95</td></tr></table> 2. ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ <table><tr><th>ระดับมาตรฐาน</th><th>ปีงบประมาณ 60</th><th>ปีงบประมาณ 61</th><th>ปีงบประมาณ 62</th><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th></tr><tr><td>ระดับดีขึ้นไป</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 75</td><td>ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>ระดับดีเยี่ยม</td><td>18 ตำบล (อย่างน้อยอำเภอละ 2 ตำบล) - ตำบลจัดการแบบบูรณาการ 1 ตำบล - ตำบล LTC 1 ตำบล</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 50	60	70	80	95	ระดับมาตรฐาน	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ระดับดีเยี่ยม	18 ตำบล (อย่างน้อยอำเภอละ 2 ตำบล) - ตำบลจัดการแบบบูรณาการ 1 ตำบล - ตำบล LTC 1 ตำบล				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																									
ร้อยละ 50	60	70	80	95																									
ระดับมาตรฐาน	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																								
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75																								
ระดับดีเยี่ยม	18 ตำบล (อย่างน้อยอำเภอละ 2 ตำบล) - ตำบลจัดการแบบบูรณาการ 1 ตำบล - ตำบล LTC 1 ตำบล																												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมากขึ้นไป																												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตำบลทั้งหมด																												
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนตำบลที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ระดับดีขึ้นไป																												
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนตำบลเป้าหมายที่ มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ทั้งหมด																												
รายการข้อมูล 5	E : จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว																												
สูตรคำนวณ	1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน = $(C/D) \times 100$ 3. จำนวนตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว = E																												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับอำเภอ	1) ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>1</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>15</td><td>30</td></tr><tr><td>2</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>20</td><td>35</td></tr><tr><td>3</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>25</td><td>40</td></tr><tr><td>4</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>30</td><td>45</td></tr><tr><td>5</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>35</td><td>50</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	15	30	2	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	20	35	3	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	25	40	4	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	30	45	5	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	35	50				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																										
1	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	15	30																										
2	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	20	35																										
3	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	25	40																										
4	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	30	45																										
5	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	35	50																										

2) ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ ระดับดีขึ้นไป	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ตำบลการจัดการสุขภาพมีการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) แบบบูรณาการ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50			
	2	ตำบลการจัดการสุขภาพมีการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) แบบบูรณาการ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 55			
	3	ตำบลการจัดการสุขภาพมีการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) แบบบูรณาการ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60			
	4	ตำบลการจัดการสุขภาพมีการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) แบบบูรณาการ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 65			
	5	ตำบลการจัดการสุขภาพมีการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) แบบบูรณาการ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	77.42
	ร้อยละ 70 ของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้นไป)	ร้อยละ	83.07	93.55	98.3
	ตำบลต้นแบบบูรณาการกลุ่มวัย และตำบลต้นแบบ Long Term Care (อย่างละ 1 ตำบล รวมอำเภอละ 2 ตำบล)	ตำบล	-	9 (กลุ่มวัย)	18 (กลุ่มวัย+LTC)

ร้อยละ 70 ของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้นไป)									
ลำดับ	อำเภอ	จน.ตำบล	เป้าหมาย (ระดับ 3 ขึ้นไป 70%)	ผลงาน(ระดับ)ปี 2559					ร้อยละ
				1	2	3	4	5	
1	เมือง	16	11	-	1	-	8	7	98.3
2	ท่าบ่อ	10	7	-	-	-	-	10	100
3	โพนพิสัย	11	8	-	-	-	-	11	100
4	ศรีเชียงใหม่	4	3	-	-	-	2	2	100
5	สังคม	5	4	-	-	-	-	5	100
6	สระใคร	3	2	-	-	-	1	2	100
7	เผ่าไร่	5	4	-	-	-	3	2	100
8	รัตนวาปี	5	4	-	-	-	1	4	100
9	โพธิ์ตาก	3	2	-	-	-	-	3	100
		62	45	-	1	-	15	46	98.3

ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care)				
ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	เมือง	16	11	68.75
2	ท่าบ่อ	10	7	70.00
3	โพนพิสัย	11	8	72.73
4	ศรีเชียงใหม่	4	4	100.00
5	สังคม	5	4	80.00
6	สระใคร	3	3	100.00
7	เผ่าไร่	5	4	80.00

	8	รัตนวาปี	5	4	80.00
	9	โพธิ์ตาก	3	3	100.00
		รวม	62	48	77.42
เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2) คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3) คู่มือแนวทางการประเมิน ADL 4) คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดย 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 6) แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน 7) คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ 8) คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนภา อัสวชนานนท์			โทร. 089-6228848	
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์			โทร. 081-9778442	
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123	
	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 089-5711175	
	งานสุขภาพภาคประชาชน			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 6	ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2559																																									
หน่วยวัด	ร้อยละ/อัตรา																																									
น้ำหนัก	ร้อยละ 15																																									
คำอธิบาย 6/6/6	ผู้สูงอายุ หมายความว่า พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติงานระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็นคัดกรอง																																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้วย Activity of Daily Living (ADL)																																									
เป้าหมาย	คงที่ (ระดับคะแนน 3)																																									
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม																																									
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560																																									
รายการข้อมูล 1	A : ร้อยละของ Healthy Aging ปี 2560																																									
รายการข้อมูล 2	B : ร้อยละของ Healthy Aging ปี 2559																																									
สูตรคำนวณ	(A-B)/B x 100																																									
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="5">Healthy Aging ลดลงร้อยละ 2</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="5">Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="5">Healthy Aging คงที่</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="5">Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="5">Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 2</td></tr></table>						ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					1	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 2					2	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1					3	Healthy Aging คงที่					4	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1					5	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 2				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																									
1	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 2																																									
2	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1																																									
3	Healthy Aging คงที่																																									
4	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1																																									
5	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 2																																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr><tr><td>ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2559</td><td>ร้อยละ</td><td>92.25</td><td>94.59</td><td>93.93</td></tr></table>						ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2559	ร้อยละ	92.25	94.59	93.93																							
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																								
		2557	2558	2559																																						
ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2559	ร้อยละ	92.25	94.59	93.93																																						
	จำนวน ร้อยละ Healthy Aging แยกรายอำเภอ ปี 2557-2559																																									
	อำเภอ	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559																																				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ																																			
	เมือง	16,649	93.43	15,369	94.32	15,188	93.63																																			
	ท่าบ่อ	8,421	89.28	9,148	95.01	6,889	91.54																																			

	โพนพิสัย	11,148	94.41	9,083	96.72	9,547	94.50
	ศรีเชียงใหม่	3,406	95.51	3,566	96.85	3,045	96.36
	สังคม	2,336	86.90	2,642	96.00	2,457	91.27
	สระใคร	1,874	93.23	2,123	97.61	2,089	97.03
	เผ่าไร่	4,811	91.42	5,173	95.11	4,801	94.69
	รัตนวาปี	4,349	92.90	4,080	84.98	4,196	99.95
	โพธิ์ตาก	1,667	84.02	1,656	97.33	1,290	81.85
	รวม	54,661	92.25	52,841	94.59	49,502	93.93
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 3. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 4. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข						
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนภา อัสวชนานนท์				โทร.		
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์				โทร. 081-9778442		
	งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 123		

ภาคผนวก

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล ด้านผู้สูงอายุ ระดับหน่วยบริการ

1. ชื่อตัวชี้วัด: ร้อยละของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้น (หรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)
2. ชื่อหน่วยบริการ.....
3. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน
 - 3.1 จำนวนประชากรรวม =.....คน
 - 3.2 จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ =.....คน
 - 3.3 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL =.....คน
 - 3.4 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Independent) =.....คน คิดเป็นร้อยละ.....
 - 3.5 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 2 (Partial-dependent)=คน คิดเป็นร้อยละ.....
 - 3.6 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 3 (dependent) =.....คน คิดเป็นร้อยละ.....
4. รายงานผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (รายหมู่บ้าน/ชุมชน)

ที่	ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน	จำนวนผู้สูงอายุ ที่อาศัย อยู่จริง ในพื้นที่	ผลการคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living : ADL)					
			กลุ่ม 1		กลุ่ม 2		กลุ่ม 3	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
รวม								

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล ด้านผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ

1. ชื่อตัวชี้วัด: ร้อยละของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้น (หรือคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)
2. อำเภอ.....
3. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน ข้อมูลทั่วไป (ณ วันที่รายงาน)
 - 3.1 จำนวนประชากรรวม =คน
 - 3.2 จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ =คน
4. ข้อมูลผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (ภาพรวมทั้งอำเภอ)
 - 4.1 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL =คน
 - 4.2 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 (Independent) =คน คิดเป็นร้อยละ.....
 - 4.3 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 2 (Partial-dependent) =คน คิดเป็นร้อยละ.....
 - 4.4 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่ม 3 (dependent) =คน คิดเป็นร้อยละ.....
5. รายงานผลการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ (รายอำเภอ)

ที่	ชื่อหน่วยบริการระดับ	จำนวนผู้สูงอายุ ที่อาศัย อยู่จริง ในพื้นที่	ผลการคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living : ADL)					
			กลุ่ม 1		กลุ่ม 2		กลุ่ม 3	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
รวม								

ข้อมูลพื้นฐานผลการการประเมินคัดกรอง ADL จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2559

ที่	อำเภอ	จำนวนประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป			ผลการคัดกรอง						ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ(2+3)	
		ทั้งหมด	คัดกรอง ADL		(1)ติดสังคม		(2)ติดบ้าน		(3)ติดเตียง			
			รวม	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	เมือง	19,214	16,222	84.43	15,188	93.63	909	5.60	125	0.77	1,034	6.37
2	ท่าบ่อ	10,719	7,526	70.21	6,889	91.54	493	6.55	144	1.91	637	8.46
3	โพนพิสัย	10,768	10,103	93.82	9,547	94.50	536	5.31	20	0.20	556	5.50
4	ศรีเชียงใหม่	3,714	3,160	85.08	3,045	96.36	101	3.20	14	0.44	115	3.64
5	สังคม	2,844	2,692	94.66	2,457	91.27	219	8.14	16	0.59	235	8.73
6	สระใคร	2,298	2,153	93.69	2,089	97.03	55	2.55	9	0.42	64	2.97
7	เผ่าไร่	5,456	5,070	92.93	4,801	94.69	239	4.71	30	0.59	269	5.31
8	รัตนวาปี	4,649	4,198	90.30	4,196	99.95	0	0.00	2	0.05	2	0.05
9	โพธิ์ตาก	1,965	1,576	80.20	1,290	81.85	264	16.75	22	1.40	286	18.15
รวม		61,627	52,700	85.51	49,502	93.93	2816	5.34	382	0.72	3,198	6.07

ข้อมูลพื้นฐานผลการการประเมินคัดกรอง ADL จำแนกรายรายหน่วยบริการ รายอำเภอ ปีงบประมาณ 2559

อำเภอเมืองหนองคาย

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมือง	รพ.สต.มีชัย	903	818	90.59	817	99.88	1	0.12	0	0.00
เมือง	รพ.สต.โพธิ์ชัย	652	571	87.58	549	96.15	15	2.63	7	1.23
เมือง	รพ.สต.กวนวัน	724	619	85.50	619	100.00	0	0.00	0	0.00
เมือง	รพ.สต.เวียงคุก	859	832	96.86	485	58.29	345	41.47	2	0.24
เมือง	รพ.สต.วัดธาตุ	935	911	97.43	828	90.89	77	8.45	6	0.66
เมือง	รพ.สต.หาดคำ	1,042	1,032	99.04	1,012	98.06	20	1.94	0	0.00
เมือง	รพ.สต.หินโงม	447	435	97.32	426	97.93	6	1.38	3	0.69
เมือง	รพ.สต.ท่าจาน	126	122	96.83	116	95.08	6	4.92	0	0.00
เมือง	รพ.สต.บ้านเดื่อ	953	934	98.01	892	95.50	34	3.64	8	0.86
เมือง	รพ.สต.นาฮี	734	728	99.18	689	94.64	37	5.08	2	0.27
เมือง	รพ.สต.ค่ายบกหวาน	668	596	89.22	583	97.82	11	1.85	2	0.34
เมือง	รพ.สต.สองห้อง	633	625	98.74	625	100.00	0	0.00	0	0.00
เมือง	รพ.สต.พระธาตุบังพวน	1,140	1,112	97.54	939	84.44	171	15.38	2	0.18
เมือง	รพ.สต.หนองกอมเกาะ	639	600	93.90	576	96.00	24	4.00	0	0.00
เมือง	รพ.สต.ปะโค	879	759	86.35	739	97.36	17	2.24	3	0.40
เมือง	รพ.สต.เมืองหมี่	578	521	90.14	512	98.27	6	1.15	3	0.58
เมือง	รพ.สต.สีกาย	458	434	94.76	427	98.39	7	1.61	0	0.00
เมือง	รพ.ท.หนองคาย	3,177	2,854	89.83	2,655	93.03	117	4.10	82	2.87
เมือง	เทศบาลเมืองหนองคาย	2,354	568	24.13	561	98.77	5	0.88	2	0.35
เมือง	เทศบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 2	1,313	1,151	87.66	1,138	98.87	10	0.87	3	0.26
รวมอำเภอเมือง		19,214	16,222	84.43	15,188	93.63	909	5.60	125	0.77

อำเภอท่าบ่อ

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท่าบ่อ	รพ.สต.น้ำโมง	701	457	65.19	444	97.16	7	1.53	6	1.35
ท่าบ่อ	รพ.สต.ท่าสำราญ	534	488	91.39	350	71.72	98	20.08	40	11.43
ท่าบ่อ	รพ.สต.กอนาง	1,573	1550	98.54	1,292	83.35	235	15.16	23	1.78
ท่าบ่อ	รพ.สต.โคกคอน	569	518	91.04	517	99.81	0	0.00	1	0.19
ท่าบ่อ	รพ.สต.เดื่อ	954	870	91.19	857	98.51	10	1.15	3	0.35
ท่าบ่อ	รพ.สต.ถ่อน	832	44	5.29	0	0.00	0	0.00	44	100.00
ท่าบ่อ	รพ.สต.ว่น	827	815	98.55	730	89.57	70	8.59	15	2.05
ท่าบ่อ	รพ.สต.นาข่า	579	248	42.83	228	91.94	18	7.26	2	0.88
ท่าบ่อ	รพ.สต.โพนสา	905	38	4.20	1	2.63	30	78.95	7	700.00
ท่าบ่อ	รพ.สต.หนองนาง	537	456	84.92	450	98.68	5	1.10	1	0.22
ท่าบ่อ	รพ.ร.ท่าบ่อ	2,708	2042	75.41	2,020	98.92	20	0.98	2	0.10
รวมอำเภอท่าบ่อ		10,719	7526	70.21	6,889	91.54	493	6.55	144	2.09

อำเภอโพนพิสัย

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โพนพิสัย	รพ.สต.วัดหลวง	589	573	97.28	573	100.00	0	0.00	0	0.00
โพนพิสัย	รพ.สต.ปากสวาย	619	594	95.96	575	96.80	18	3.03	1	0.17
โพนพิสัย	รพ.สต.หนองกุ้ง	564	557	98.76	557	100.00	0	0.00	0	0.00
โพนพิสัย	รพ.สต.กุดบง	627	608	96.97	608	100.00	0	0.00	0	0.00
โพนพิสัย	รพ.สต.ชุมช้าง	830	782	94.22	774	98.98	7	0.90	1	0.13
โพนพิสัย	รพ.สต.บัว	335	329	98.21	328	99.70	0	0.00	1	0.30
โพนพิสัย	รพ.สต.ทุ่งหลวง	493	468	94.93	465	99.36	2	0.43	1	0.21
โพนพิสัย	รพ.สต.เหล่าต่างคำ	561	554	98.75	554	100.00	0	0.00	0	0.00
โพนพิสัย	รพ.สต.นาหนัง	871	828	95.06	812	98.07	10	1.21	6	0.72
โพนพิสัย	รพ.สต.ดงสะพัง	377	370	98.14	370	100.00	0	0.00	0	0.00
โพนพิสัย	รพ.สต.เขม	754	746	98.94	745	99.87	0	0.00	1	0.13

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โพธิ์สัย	รพ.สต.โพธิ์	459	439	95.64	439	100.00	0	0.00	0	0.00
โพธิ์สัย	รพ.สต.คำรุ่งเรือง	563	546	96.98	546	100.00	0	0.00	0	0.00
โพธิ์สัย	รพ.สต.ผือ	600	576	96.00	533	92.53	42	7.29	1	0.17
โพธิ์สัย	รพ.สต.สร้างนางขาว	407	405	99.51	405	100.00	0	0.00	0	0.00
โพธิ์สัย	รพช.โพธิ์สัย	737	548	74.36	541	98.72	2	0.36	5	0.91
โพธิ์สัย	รพ.พิสัยเวช	1,382	1180	85.38	722	61.19	455	38.56	3	0.25
	รวมอำเภอโพธิ์สัย	10,768	10,103	93.82	9,547	94.50	536	5.31	20	0.20

อำเภอศรีเชียงใหม่

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศรีเชียงใหม่	รพ.สต.บ้านหม้อ	450	440	97.78	406	92.27	34	7.73	0	0.00
ศรีเชียงใหม่	รพ.สต.พระพุทธรูป	229	227	99.13	217	95.59	7	3.08	3	1.32
ศรีเชียงใหม่	รพ.สต.หนองปลาปาก	500	439	87.80	425	96.81	13	2.96	1	0.23
ศรีเชียงใหม่	รพ.สต.นาโพธิ์	340	280	82.35	266	95.00	11	3.93	3	1.07
ศรีเชียงใหม่	รพ.สต.ท่ากลื่น	120	108	90.00	99	91.67	7	6.48	2	1.85
ศรีเชียงใหม่	รพช.ศรีเชียงใหม่	1,783	1491	83.62	1,471	98.66	15	1.01	5	0.34
ศรีเชียงใหม่	รพ.สต.หัวไฮ	292	175	59.93	161	92.00	14	8.00	0	0.00
	รวมอำเภอศรีเชียงใหม่	3714	3160	85.08	3045	96.36	101	3.20	14	0.44

อำเภอสังคม

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สังคม	รพ.สต.สังคม	477	440	92.24	302	68.64	134	30.45	4	0.91
สังคม	รพ.สต.ผาดัง	740	703	95.00	683	97.16	20	2.84	0	0.00
สังคม	รพ.สต.บ้านม่วง	392	371	94.64	370	99.73	1	0.27	0	0.00
สังคม	รพ.สต.นาจั่ว	407	396	97.30	383	96.72	12	3.03	1	0.25
สังคม	รพ.สต.เทพประทีป	304	276	90.79	241	87.32	32	11.59	3	1.09
สังคม	รพช.สังคม	524	506	96.56	478	94.47	20	3.95	8	1.58
	รวมอำเภอสังคม	2844	2692	94.66	2457	91.27	219	8.14	16	0.59

อำเภอสระใคร

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สระใคร	รพ.สต.สระใคร	733	718	97.95	688	95.82	27	3.76	3	0.42
สระใคร	รพ.สต.คอกช้าง	544	461	84.74	444	96.31	17	3.69	0	0.00
สระใคร	รพ.สต.บ้านฝาง	773	771	99.74	754	97.80	11	1.43	6	0.78
สระใคร	รพช.สระใคร	248	203	81.85	203	100.00	0	0.00	0	0.00
	รวมอำเภอสระใคร	2298	2153	93.69	2089	97.03	55	2.55	9	0.42

อำเภอเฝ้าไร่

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เฝ้าไร่	รพ.สต.เฝ้าไร่	782	752	96.16	703	93.48	45	5.98	4	0.53
เฝ้าไร่	รพ.สต.นาดี	483	379	78.47	376	99.21	0	0.00	3	0.79
เฝ้าไร่	รพ.สต.หนองหลวง	865	828	95.72	819	98.91	8	0.97	1	0.12
เฝ้าไร่	รพ.สต.วังไฮ	802	763	95.14	762	99.87	1	0.13	0	0.00
เฝ้าไร่	รพ.สต.วังหลวง	1,335	1262	94.53	1,114	88.27	136	10.78	12	0.95
เฝ้าไร่	รพ.สต.โคกอุดม	360	337	93.61	326	96.74	11	3.26	0	0.00
เฝ้าไร่	รพ.สต.อุดมพร	446	431	96.64	387	89.79	35	8.12	9	2.09
เฝ้าไร่	รพช.เฝ้าไร่	383	318	83.03	314	98.74	3	0.94	1	0.31
	รวมอำเภอเฝ้าไร่	5456	5070	92.93	4801	94.69	239	4.71	30	0.59

อำเภอรัตนวาปี

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รัตนวาปี	รพ.สต.รัตนวาปี	836	829	99.16	827	99.76	0	0.00	2	0.24
รัตนวาปี	รพ.สต.นาทับโฮ	902	893	99.00	893	100.00	0	0.00	0	0.00
รัตนวาปี	รพ.สต.บ้านค้อน	509	203	39.88	203	100.00	0	0.00	0	0.00
รัตนวาปี	รพ.สต.พระบาทนาสิงห์	839	837	99.76	837	100.00	0	0.00	0	0.00
รัตนวาปี	รพ.สต.โพนแพง	762	761	99.87	761	100.00	0	0.00	0	0.00
รัตนวาปี	รพ.สต.บ.นายนาง	691	675	97.68	675	100.00	0	0.00	0	0.00
รัตนวาปี	รพช.รัตนวาปี	110	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	รวมอำเภอรัตนวาปี	4649	4198	90.30	4196	99.95	0	0.00	2	0.05

อำเภอโพธิ์ตาก

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โพธิ์ตาก	รพ.สต.โพธิ์ตาก	198	164	82.83	147	89.63	15	9.15	2	1.22
โพธิ์ตาก	รพ.สต.สาวแล	155	120	77.42	117	97.50	3	2.50	0	0.00
โพธิ์ตาก	รพ.สต.โพนทอง	391	340	86.96	336	98.82	1	0.29	3	0.88
โพธิ์ตาก	รพ.สต.ดอนไผ่	382	343	89.79	340	99.13	2	0.58	1	0.29
โพธิ์ตาก	รพ.สต.ด่านศรีสุข	613	522	85.15	295	56.51	213	40.80	14	2.68
โพธิ์ตาก	รพช.โพธิ์ตาก	226	87	38.50	55	63.22	30	34.48	2	2.30
	รวมอำเภอโพธิ์ตาก	1965	1576	80.20	1290	81.85	264	16.75	22	1.40

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัด Service Plan

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 1.1	ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากเดิม				
น้ำหนัก	ร้อยละ 2				
ค่านิยาม 1.1/1.1/1.1	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึง ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ได้แก่ 1. ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ และ/หรือ 2. ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายที่มีข้อมูลมีค่าระหว่าง 70-130 มก./ดล. ทั้งสองครั้ง ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หมายเหตุ ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3)				
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม				
วิธีการประเมิน	HDC43				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)				
รายการข้อมูล 1	A: = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ และมีผลดังนี้ 1. ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ และ/หรือ 2. ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายที่มีข้อมูล มีค่าระหว่าง 70 - 130 มก./ดล. ทั้งสองครั้ง ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หมายเหตุ ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้				
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3) : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10.*-E14.* ใน Type area 1,3				
สูตรคำนวณ	(A/B) x100				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
ระดับจังหวัด	1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น จากเดิม	ร้อยละ 1	ร้อยละ 1	
ระดับ คปสอ.	2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น จากเดิม	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2	
ระดับ รพ.สต.	3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น จากเดิม	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3	
	4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น จากเดิม	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4	
	5	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น จากเดิม	ร้อยละ 5	ร้อยละ 5	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	
				2557	2558
				2559	
	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น (HbA1C < 7%)		จำนวน	1,537	1,524
			ร้อยละ	(31.19)	(29.01)
เอกสารอ้างอิง	1. มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C และ FBS 2. มีทะเบียนข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C < 7 %) และ ค่า FBS ≥ 70-≤ 130 mg/dl แยกรายปี				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาววลจิตร บุตรเวทย์ โทร. 08 9710 2475 งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรค โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136				

ตัวชี้วัดที่ 1.2	ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม																
น้ำหนัก	ร้อยละ 2																
คำนิยาม 1.2/1.2/1.2	ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง 1. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน $<140/90$ มม.ปรอท. 2. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน $<140/90$ มม.ปรอท																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3)																
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม																
วิธีการประเมิน	HDC43																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด A1 : ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายที่ติดต่อกันในรอบปีงบประมาณ $<140/90$ มม.ปรอท. (1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10-I15, I67.4, H35.0 และมี SBP/DBP $<140/90$ mmHg ที่ติดต่อกัน 2 ครั้งในปีงบประมาณ 2560) A2. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกันในรอบปีงบประมาณ $<140/90$ มม.ปรอท (2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส=I10.*-I15.*, I67.4, H35.0 ร่วมรหัส E10.*-E14.* และมี SBP/DBP $<140/80$ mmHg ที่ติดต่อกัน 2 ครั้งในปีงบประมาณ 2559)																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3) : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10-I15, I67.4,H35.0 และ Type area 1,3																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 1 จากเดิม</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 2 จากเดิม</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 3 จากเดิม</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 4 จากเดิม</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 1 จากเดิม	2	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 2 จากเดิม	3	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 3 จากเดิม	4	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 4 จากเดิม	5	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 1 จากเดิม																
2	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 2 จากเดิม																
3	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 3 จากเดิม																
4	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 4 จากเดิม																
5	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ													
				2557	2558	2559											
	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม		จำนวน ร้อยละ	23.90	32.43 (-35.31)	32.62 (-7.59)											
เอกสารอ้างอิง	1. มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัด BP ปีที่ผ่านมา 2. ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดีแยกรายปี 3. มีแผนกำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง																
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์ โทร. 08 9710 2475 งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรค โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136																

ตัวชี้วัดที่ 2	ผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																
คำนิยาม 2/2/2	ผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหมายถึง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 40-70 ปี																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนอายุ 40 – 70 ปีทั้งหมด																
วิธีการประเมิน	Chronic Link หนองคาย																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)																
เป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 70 รอบที่ 2 ร้อยละ 90																
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วย DM/HT อายุ 40-70 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)																
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง อายุ 40-70 ปีทั้งหมด																
สูตรคำนวณ	(A/B) x100																
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2													
	1	ผู้ป่วยDM/HT อายุ 40 -70 ปีได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70													
	2	ผู้ป่วยDM/HT อายุ 40 -70 ปีได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)	ร้อยละ 55	ร้อยละ 75													
	3	ผู้ป่วยDM/HT อายุ 40 -70 ปีได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80													
	4	ผู้ป่วยDM/HT อายุ 40 -70 ปีได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)	ร้อยละ 65	ร้อยละ 85													
	5	ผู้ป่วยDM/HT อายุ 40 -70 ปีได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)</td><td>ร้อยละ</td><td>93.78</td><td>80.73</td><td>97.12</td></tr> </tbody> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)	ร้อยละ	93.78	80.73	97.12
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ															
		2557	2558	2559													
ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)	ร้อยละ	93.78	80.73	97.12													
เอกสารอ้างอิง	1. มีข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด ที่อายุ 40-70 ปี ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)																
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์ โทร. 08 9710 2475 งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรค โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136																

ตัวชี้วัดที่ 3	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
หน่วยวัด	อัตราต่อแสน				
น้ำหนัก	ร้อยละ 3				
คำนิยาม 3/3/-	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการ กำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษใน โรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (ICD J449)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป				
วิธีการประเมิน	- ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD-12 แฟ้ม/ 43 แฟ้ม) จากหน่วยบริการแต่ละแห่ง - ประเมินทุกโรงพยาบาล				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)				
เป้าหมาย	ไม่เกิน 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรค COPD เป็นโรคหลัก (PDx =J449)				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100,000				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการรับไว้รักษาใน รพ.ของผู้ป่วย COPD ≤150 ต่อแสนประชากร			
	2	อัตราการรับไว้รักษาใน รพ.ของผู้ป่วย COPD ≤145 ต่อแสนประชากร			
	3	อัตราการรับไว้รักษาใน รพ.ของผู้ป่วย COPD ≤140 ต่อแสนประชากร			
	4	อัตราการรับไว้รักษาใน รพ.ของผู้ป่วย COPD ≤135 ต่อแสนประชากร			
	5	อัตราการรับไว้รักษาใน รพ.ของผู้ป่วย COPD ≤130 ต่อแสนประชากร			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ไม่เกิน 130 ครั้ง	150.29	158.29	304.12
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD-12 แฟ้ม/ 43 แฟ้ม) จากหน่วยบริการแต่ละแห่ง				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์ โทร. 08 9710 2475 งานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรค โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136				

ตัวชี้วัดที่ 4	ระดับจังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ระดับ รพ.สต. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 3												
คำอธิบาย 4/4/3	1. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็น 20 ตัวชี้วัด (กรณีเป็นระดับ A-M1 จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อีก 1 ตัวชี้วัด) RDU1 หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use ; RDU hospital) RDU2 หมายถึง การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ (Responsible Use of Antibiotics ; RUA PCU/CMU) 2. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้ ชั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้ <table border="1"> <tr> <th>RDU1 : ประเมิน Process</th><th>RDU2 : ประเมิน Process</th></tr> <tr> <td> 1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU hospital และมีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2. มีมาตรการและกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด 4. มีการติดตามประเมินผล 5. มีการจัดการการดื้อยา (AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการกำกับดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล </td><td>-</td></tr> <tr> <th>RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</th><th>RDU2 : ประเมินผล (Output)</th></tr> <tr> <td> โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td><td> รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </table> ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้ <table border="1"> <tr> <th>RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</th><th>RDU2 : ประเมินผล (Output)</th></tr> <tr> <td> โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด </td><td> รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง </td></tr> </table>	RDU1 : ประเมิน Process	RDU2 : ประเมิน Process	1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU hospital และมีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2. มีมาตรการและกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด 4. มีการติดตามประเมินผล 5. มีการจัดการการดื้อยา (AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการกำกับดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	-	RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง
RDU1 : ประเมิน Process	RDU2 : ประเมิน Process												
1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU hospital และมีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2. มีมาตรการและกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด 4. มีการติดตามประเมินผล 5. มีการจัดการการดื้อยา (AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการกำกับดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	-												
RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)												
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค												
RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)												
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง												

	3. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ Warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นในกรณีใส่ mechanical heart valve) 6. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด	เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค				
	ขั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้ <table><tr><th>RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</th><th>RDU2 : ประเมินผล (Output)</th></tr><tr><td> โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด 2. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับA, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อ (AMR)ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 50 จาก Baseline data </td><td> รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr></table> 3. การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR) สำหรับ รพ. ระดับ A, S และ M1 อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (แบคทีเรียดื้อยา ได้แก่ <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Salmonella</i> spp., <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i>) เกณฑ์ ปีแรกให้มีรายงานเป็น Baseline data และลดลงในปีถัดไป		RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด 2. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับA, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อ (AMR)ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 50 จาก Baseline data	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)					
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด 2. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับA, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อ (AMR)ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 50 จาก Baseline data	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.ทุกแห่ง					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ขั้นที่ 1 (ระดับคะแนนที่ 5) ระดับ รพ.สต. : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20) ทั้ง 2 โรค (ระดับคะแนนที่ 3)					
วิธีการประเมิน	1. การสำรวจและประเมินผล (RDU) 2. การสำรวจและการรายงาน (AMR) โดยติดตามผลทุก 3 เดือน และให้ส่งรายงานหลังสิ้นไตรมาส ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ไตรมาสที่ 1 ติดตามการเตรียมการระดับจังหวัด และมีข้อมูลพื้นฐานเป็น Baseline data ตามตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด ไตรมาสที่ 2 ติดตามกิจกรรมดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 2 ไตรมาสที่ 3 ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 3 ไตรมาสที่ 4 ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 4					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ขั้นที่1					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด					
สูตรคำนวณ RDU	ระดับจังหวัด : (A/B) x 100					

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 60
	2	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 70
	3	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 80
	4	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 90
	5	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1/2560	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU hospital 2. มีมาตรการและกิจกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล
	2	3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด
	3	4. มีการติดตามประเมินผล 5. มีการจัดการการดื้อยา(AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการกำกับดูแลการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
	4	6. มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดไม่น้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด 7. บรรลุตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่า 3 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่ 1 (ตัวชี้วัดที่ 1-5)
	5	6. มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดไม่น้อยกว่า 10 ตัวชี้วัด 7. บรรลุตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่1 (ตัวชี้วัดที่1-5)
	รอบที่ 2/2560	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. มีการกำหนดนโยบายเป็นRDU hospital 2. มีมาตรการและกิจกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 3. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดRDU 20 ตัวชี้วัด 4. มีการติดตามประเมินผล 5. มีการจัดการการดื้อยา (AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการกำกับดูแลการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
	2	6. มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดไม่น้อยกว่า 5 ตัวชี้วัด 7. บรรลุตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่ 1 (ตัวชี้วัดที่ 1-5)
	3	6. มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดอย่างน้อย 10 ตัวชี้วัด 7. บรรลุตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่1 (ตัวชี้วัดที่ 1-5)
	4	6. มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัด 15 ตัวชี้วัด 7. บรรลุตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่1 (ตัวชี้วัดที่ 1-5)
	5	6. มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดครบทั้ง 20 ตัวชี้วัด 7. บรรลุตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่1 (ตัวชี้วัดที่ 1-5)

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 30 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 30				
	2	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 25 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 25				
	3	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20				
	4	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 15 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 15				
	5	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ10 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 10				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล		ร้อยละ	-	-	-
เอกสารอ้างอิง ระดับจังหวัด	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล					
เอกสารอ้างอิง ระดับ คปสอ.	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ 2. รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ 3. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 4. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 5. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 6. รายงานอัตราการใช้ยา (AMR) ในกระแสเลือด 7. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 8. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)					
เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต.	1. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 2. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 3. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 4. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 5. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)					
ผู้รับผิดชอบ	1. ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง 2. ภญ.ปิยะมาศ ปรีชาภูก 3. ภญ.กนิษฐา อ่อนประทุม 4. ภญ.มนสิชา บุรณะบุญยัติ			โทร. 081-8713114 โทร. 083-2906287 โทร. 095-6637785 โทร. 091-0639982		
	งานพัฒนางานเภสัชกรรมและระบบบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 129		

ตัวชี้วัด เพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล
ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU1-RDU Hospital) จำนวน 18 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
1	ร้อยละส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F3 ≥ ร้อยละ 90	
2	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PCT ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	
3	การดำเนินการในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา 13 กลุ่ม	
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	
6	ร้อยละการใช้อยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20	
7	ร้อยละการใช้อยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	
8	ร้อยละการใช้อยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40	
9	ร้อยละการใช้อยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10	
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS Blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0	
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5	
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที)	≤ ร้อยละ 80	
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5	
14	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ที่ได้รับ NSAIDs	≤ ร้อยละ 10	
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80	
16	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5	
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว(ยกเว้นในกรณีที่ใช้ mechanical heart valve)	0	
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาด้านฮีสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ 20	

ตัวชี้วัด RDU ระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU2-RUA PCU/CMU) จำนวน 2 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
19	อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน	≤ร้อยละ20	
20	อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20	≤ร้อยละ20	

ตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance : AMR จำนวน 1 ตัวชี้วัด สำหรับ รพ.ระดับ A, S และ M1

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
21	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (แบคทีเรียดื้อยา ได้แก่ <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Salmonella</i> spp., <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumoniae</i>)	ปีแรกให้มีรายงาน เป็น Bestline data และลดลงในปีถัดไป	

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 ต่อปี				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ 5				
คำอธิบาย 5/-/-	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ ,สาขาโรคมะเร็ง,สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อ ในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ ของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อ รวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ				
เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี				
วิธีการประเมิน	ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการ ประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ ขั้นตอน 2) มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อ ผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/ เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต ตามแบบบันทึกข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ เอกสารสนับสนุน				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)				
รายการข้อมูล 1	A :จำนวนผู้ป่วย 4 สาขาที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2559				
รายการข้อมูล 2	B :จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2560				
สูตรคำนวณ	$(A-B)/A \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผู้ป่วย 4 สาขาที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 30			
	2	ผู้ป่วย 4 สาขาที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 25			
	3	ผู้ป่วย 4 สาขาที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 20			
	4	ผู้ป่วย 4 สาขาที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 15			
	5	ผู้ป่วย 4 สาขาที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ 10			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ		2557	2558	2559
		ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	NA	NA	ลดลง 12.48

เอกสารอ้างอิง	HDC กระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวศิริไลซ์ ศรีวิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์ส่งต่อ รพ.หนองคาย	โทร. 086-8549730 e-mail : EMSnongkhai_1669@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ611
	นางสุนตรา สุภาแสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานนโยบายและแผน รพ.หนองคาย	โทร. 086-8604530 e-mail : - โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 664
	นางสาวกรรณิการ์ โกสิล นายแพทย์ชำนาญการ รพ.หนองคาย	โทร. 081-5338481 e-mail : NKhemato@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 101
	นพ.พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.หนองคาย	โทร. 084-5185585 e-mail : sutarut2010@hotmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 101

ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน																																	
หน่วยวัด	อัตรา																																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																																	
คำอธิบาย 6/5/-	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตใน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)																																	
เป้าหมาย	≤ 5 : 1,000 การเกิดมีชีพ																																	
วิธีการประเมิน	HDC																																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)																																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน																																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ																																	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 1,000$																																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td colspan="4">อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 9 : 1,000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>2</td><td colspan="4">อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 8 : 1,000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>3</td><td colspan="4">อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 7 : 1,000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>4</td><td colspan="4">อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 6 : 1,000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>5</td><td colspan="4">อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 5 : 1,000การเกิดมีชีพ</td></tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 9 : 1,000การเกิดมีชีพ				2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 8 : 1,000การเกิดมีชีพ				3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 7 : 1,000การเกิดมีชีพ				4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 6 : 1,000การเกิดมีชีพ				5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 5 : 1,000การเกิดมีชีพ			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																	
1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 9 : 1,000การเกิดมีชีพ																																	
2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 8 : 1,000การเกิดมีชีพ																																	
3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 7 : 1,000การเกิดมีชีพ																																	
4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 6 : 1,000การเกิดมีชีพ																																	
5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 5 : 1,000การเกิดมีชีพ																																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน</td><td>≤ 5: 1000การเกิดมีชีพ</td><td>8.9</td><td>7.05</td><td>3.6</td></tr> </tbody> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน	≤ 5: 1000การเกิดมีชีพ	8.9	7.05	3.6																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																
		2557	2558	2559																														
อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุไม่เกินหรือเท่ากับ 28 วัน	≤ 5: 1000การเกิดมีชีพ	8.9	7.05	3.6																														
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																																	
ผู้รับผิดชอบ	นางปริณดา ไตรยะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 081-7496251 e-mail : Parindaaso@hotmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 218																															

ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 7/6/4	การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการประคับประคอง อาการมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติขององค์กรนั้นๆเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มีจุดเน้นการดูแลด้าน Family Meetingการทำ Advance Care Plan, Symptoms Control และ Psychosocial and Spiritual Support กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่ 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการ รักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia โดยมีข้อบ่งชี้ทั่วไป ที่ช่วยในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบ Palliative Care 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้นการประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS $\leq$ ร้อยละ 50 หรือการประเมิน Functional Assessment ซึ่งได้แก่ Karnofsky Score (KPS) $\leq$ ร้อยละ 50 หรือ ECOG $\geq$ 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 4. Terminal Delirium 5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin $<$ 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง 6. Persistent Hypercalcemia 7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดหนองคาย ดังนี้ รพท.หนองคาย (ระดับ S) รพร.ท่าบ่อ/รพช.โพนพิสัย (ระดับ M2) รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม (ระดับ F2) รพช.สระใคร/รพช.เผ่าไร่/รพช.รัตนวาปี/รพช.โพธิ์ตาก (ระดับ F3) รพ.สต./ศสม./CMU/PCU รพ.ทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด และ ระดับ คปสอ.: รพ.+รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 50 ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

วิธีการประเมิน	1. ประเมินโดยทีมคณะกรรมการ LTC ระดับจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน 2. ประเมินจากการบันทึกผลงานบริการในโปรแกรม LTC Version1 และ 2					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ที่มีคะแนนระดับดีมาก					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ทั้งหมดในจังหวัดหนองคาย					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 30				
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 40				
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 50				
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 60				
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 70				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ. ระดับ รพ.สต.	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน พอใช้ (60-69 คะแนน)				
	2	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ดี (70-79 คะแนน)				
	3	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ดีมาก (80-89 คะแนน)				
	4	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ดีเด่น (90-99 คะแนน)				
	5	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ดีเยี่ยม (คะแนนเต็ม 100)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)		ร้อยละ	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1.การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม LTC Version2 2.ทะเบียนผู้มารับบริการของผู้ป่วย Palliative Care					
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงโมฬี นาคสาร		โทร. 089-7127906			
	นางลำยอง เลขนอก		โทร. 089-6179089			
	โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 042-413456			
	นางสุนภา อัครชนานนท์		โทร. 089-6228848			
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์		โทร. 081-9778442			
	น.ส.ชญานันท์ ศรีหาบุตร		โทร. 092-5311754			
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 042-465067 ต่อ 123			

เกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน (ระดับ S : รพท.หนองคาย)

ขั้นตอน	กิจกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
1 (30 คะแนน)	1) มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	2) มีการจัดตั้งงานพยาบาลแบบประคับประคอง และกำหนดให้พยาบาลหัวหน้างานทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแล แบบประคับประคอง หรือเลขานุการศูนย์การดูแลแบบประคับประคองโดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care และมีทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	3) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care ได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (10 คะแนน)	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน
	4) มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	5) มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong opioid medication และ/หรือ มีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง /การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น สวดมนต์ บำบัด สมาธิบำบัด กอดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
2 (25 คะแนน)	1) มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธานหรือร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	2) ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ปี 2560 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
	3) มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กอดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น ปี 2560 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ S ในจังหวัดหนองคาย (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
3 (10 คะแนน)	1) มีแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีการดำเนินงานร่วมกับ สสจ./สสอ./รพ.สต./องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ/อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรม (10 คะแนน)	มี = 10 ไม่มี = 0	มี = 10 ไม่มี = 0
4 (15 คะแนน)	1) การสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อ ของจังหวัดหนองคายที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการประกาศใช้มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง ปี 2560 – 2561 มีการสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาล (ระดับโรงพยาบาล) (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์และมีการจัดหาให้เพียงพอ ปี 2560 – 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน (5 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
5 (20 คะแนน)	1) มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพจนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) ปี 2560 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking) ปี 2560 – 2561 งานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
รวม		65	100

เกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน (ระดับ M2, F1-3)

ขั้นตอน	กิจกรรม	เกณฑ์ให้คะแนน	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
1 (30 คะแนน)	1) มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย (10 คะแนน)	มี = 10 ไม่มี = 0	มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มี Palliative Care Nurse Manager ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN (Palliative Care Nurse Ward : พยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย) ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	3) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care ได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (5 คะแนน)	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน
	4) มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	5) มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong opioid medication และ/หรือ มีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง /การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กวดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
2 (20 คะแนน)	1) นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ S และ /หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F2 ,F3 ปี 2560 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
	2) มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กวดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น ปี 2560 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M2, F2 ,F3 ในจังหวัดหนองคาย (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
3 (10 คะแนน)	1) โรงพยาบาลทุกระดับ S, M2, F2 ,F3 มีแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีการดำเนินงานร่วมกับ สสจ./สสอ./รพ.สต./องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กร ต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ/อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรม (10 คะแนน)	มี = 10 ไม่มี = 0	มี = 10 ไม่มี = 0
4 (20 คะแนน)	1) มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์และมีการจัดหาให้เพียงพอ ปี 2560 - 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ S เป็นอย่างน้อย (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มีการสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อ ของจังหวัดหนองคายที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง ปี 2560 – 2561 มีการสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาล (ระดับโรงพยาบาล) (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
5 (20 คะแนน)	1) มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพจนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) ปี 2560 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (10 คะแนน)		≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
	2) มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking) ปี 2560 - 2561 งานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง /โรงพยาบาล (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
รวม		60	100

เกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน (ระดับ รพ.สต.)

ข้อ	กิจกรรม	เกณฑ์ให้คะแนน	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
1 (5 คะแนน)	มี Care manager (CM) /Palliative Care Nurse Manager (PCN : ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน เป็นหัวหน้า FCT ในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในพื้นที่ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
2 (5 คะแนน)	มีแผนงาน/โครงการ ของรพ.สต.ในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
3 (10 คะแนน)	3.1 มีฐานข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมระบบบริการดูแลระหว่าง รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต. (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	3.2 มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม LTC version1 และ 2 ที่เป็นปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วน (5 คะแนน)	ไม่มี = 0 คะแนน 60% = 1 คะแนน 70% = 2 คะแนน 80% = 3 คะแนน 90% = 4 คะแนน 100% = 5 คะแนน	ไม่มี = 0 คะแนน 60% = 1 คะแนน 70% = 2 คะแนน 80% = 3 คะแนน 90% = 4 คะแนน 100% = 5 คะแนน
4 (10 คะแนน)	4.1 มีแผนปฏิบัติงาน Care Plan ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	4.2 บันทึกข้อมูลการเยี่ยมในโปรแกรม LTC version1 และ 2 (ภายใน 1 สัปดาห์) (5 คะแนน)	<60% = 0 คะแนน 60% = 1 คะแนน 70% = 2 คะแนน 80% = 3 คะแนน 90% = 4 คะแนน 100% = 5 คะแนน	<60% = 0 คะแนน 60% = 1 คะแนน 70% = 2 คะแนน 80% = 3 คะแนน 90% = 4 คะแนน 100% = 5 คะแนน
5 (10 คะแนน)	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการจัดการอาการรบกวน ร้อยละ 85	<65 % = 0 คะแนน 65 % = 2 คะแนน 70% = 4 คะแนน 75% = 6 คะแนน 80% = 8 คะแนน 85% = 10 คะแนน	<65 % = 0 คะแนน 65 % = 2 คะแนน 70% = 4 คะแนน 75% = 6 คะแนน 80% = 8 คะแนน 85% = 10 คะแนน
รวม		40	40

ตัวชี้วัดที่ 8	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 8/7/5	1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา/ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา/ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา/ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพด้วยการสอน สาธิต ด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน 3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย - การฝึกสมาธิบำบัด - การฝังเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย 4. บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐหมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกได้รับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 7. ผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพทั้งหมด (ทั้งแผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

เป้าหมาย	ร้อยละ 18.5									
วิธีการประเมิน	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม									
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560									
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน									
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด									
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100									
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ ตำบล	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 10.5								
	2	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 12.5								
	3	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 14.5								
	4	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 16.5								
	5	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 18.5								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด						หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
								2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน						ร้อยละ	21.75	22.51	25.86
	อำเภอ	ปี 2557			ปี 2558			ปี 2559		
		รพ.	สสอ.	รวม	รพ.	สสอ.	รวม	รพ.	สสอ.	รวม
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
		ละ	ละ	ละ	ละ	ละ	ละ	ละ	ละ	
	หนองคาย	7.26	35.83	16.67	11.31	23.74	17.41	11.15	28.60	16.96
	ท่าบ่อ	7.76	25.37	15.42	15.59	21.16	18.30	24.10	23.79	23.97
	โพนพิสัย	7.77	33.72	20.17	19.05	28.11	25.43	20.70	23.22	22.24
	ศรีเชียงใหม่	13.16	38.12	21.48	15.64	25.13	20.55	15.87	32.57	22.51
	สังคม	16.13	51.79	31.09	30.08	46.94	39.43	30.28	56.71	43.36
	สระใคร	14.91	23.35	19.05	18.84	29.17	24.07	19.76	41.99	28.15
	เผ่าไร่		57.24	57.24	3.81	34.14	24.83	24.86	58.52	44.65
	รัตนวาปี		38.39	38.39	3.16	41.83	32.09	36.67	50.99	44.74
	โพธิ์ตาก		26.72	26.72	6.67	31.00	23.09	6.85	26.19	18.19
	รวม	8.74	35.99	21.75	14.61	28.40	22.51	19.31	33.54	25.86
	เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก								

	2. ขั้นตอนการรับบริการแพทย์แผนไทย 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 5. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยของจังหวัด 6. ภาพกิจกรรม	
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.จรัสศรี อางศิริ	โทร. 08 1544 7472
	งานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 129

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 9	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร																						
หน่วยวัด	ร้อยละ																						
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																						
คำอธิบาย 9/-/-	การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ (รหัส X60-X84) อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตายในจำนวนประชากรแสนคน																						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในจังหวัดหนองคายทุกคน																						
เป้าหมาย	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร																						
วิธีการประเมิน	จากโปรแกรม online : www.suicidethai.com																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560																						
สูตรคำนวณ	อัตราการฆ่าตัวตาย = $\frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2560} \times 100,000}{\text{ประชากรกลางปี}}$																						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 10.3 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.3 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 4.3 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่า 2.3 ต่อแสนประชากร</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 10.3 ต่อแสนประชากร	2	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.3 ต่อแสนประชากร	3	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร	4	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 4.3 ต่อแสนประชากร	5	อัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่า 2.3 ต่อแสนประชากร						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
1	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 10.3 ต่อแสนประชากร																						
2	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.3 ต่อแสนประชากร																						
3	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร																						
4	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 4.3 ต่อแสนประชากร																						
5	อัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่า 2.3 ต่อแสนประชากร																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>จำนวนผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด</td><td>จำนวน</td><td>21</td><td>15</td><td>25</td></tr><tr><td>อัตราการฆ่าตัวตาย</td><td>ต่อแสน ปชก.</td><td>4.09</td><td>2.93</td><td>4.68</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด	จำนวน	21	15	25	อัตราการฆ่าตัวตาย	ต่อแสน ปชก.	4.09	2.93	4.68
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																					
		2557	2558	2559																			
จำนวนผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด	จำนวน	21	15	25																			
อัตราการฆ่าตัวตาย	ต่อแสน ปชก.	4.09	2.93	4.68																			
เอกสารอ้างอิง	จากโปรแกรม online : www.suicidethai.com																						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา		โทร. 091 0607182																				
	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 123																				

ตัวชี้วัดที่ 10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 60																					
หน่วยวัด	ร้อยละ																					
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																					
คำอธิบาย 10/8/-	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Psychotic Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) หมวดโรคจิต F20-F29																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต																					
เป้าหมาย	เท่ากับหรือ มากกว่าร้อยละ 60																					
วิธีการประเมิน	จากโปรแกรม HOSxP / 43 แฟ้ม																					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560																					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่เข้าถึงบริการสะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2560																					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคจิตคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ จำนวนประชากรกลางปีอายุ15 ปีขึ้นไป x ค่าประมาณการ (0.8) 100																					
สูตรคำนวณ	สูตรการหาค่าผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100																					
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40	2	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45	3	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50	4	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55	5	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																					
1	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40																					
2	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45																					
3	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50																					
4	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55																					
5	ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปัจจุบัน</td><td>ราย</td><td>-</td><td>2,495</td><td>2,735</td></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>73.26</td><td>77.80</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปัจจุบัน	ราย	-	2,495	2,735	ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	-	73.26	77.80
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																				
		2557	2558	2559																		
จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปัจจุบัน	ราย	-	2,495	2,735																		
ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	-	73.26	77.80																		
เอกสารอ้างอิง	โปรแกรม HOSxP/ 43 แฟ้ม																					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวราวีดี โพธิ์ปักขา	โทร. 091 0607182																				
	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 123																				

ตัวชี้วัดที่ 11	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 50																						
หน่วยวัด	ร้อยละ																						
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																						
คำอธิบาย 11/9/-	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems -10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2560 ทั้งรายเก่าและรายใหม่																						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า																						
เป้าหมาย	เท่ากับหรือ มากกว่าร้อยละ 50																						
วิธีการประเมิน	จากโปรแกรม HOSxP / 43 แฟ้ม																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560																						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2560																						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ จำนวนประชากรกลางปีอายุ15 ปีขึ้นไป x ค่าประมาณการ (2.7) 100																						
สูตรคำนวณ	สูตรการหาค่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100																						
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 30</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 35</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 30	2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 35	3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40	4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45	5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 30																						
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 35																						
3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40																						
4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45																						
5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสะสมจนถึงปัจจุบัน</td><td>ราย</td><td>3,450</td><td>3,943</td><td>5,412</td></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ</td><td>ร้อยละ</td><td>37.72</td><td>34.29</td><td>46.36</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสะสมจนถึงปัจจุบัน	ราย	3,450	3,943	5,412	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	37.72	34.29	46.36
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																					
		2557	2558	2559																			
จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสะสมจนถึงปัจจุบัน	ราย	3,450	3,943	5,412																			
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	37.72	34.29	46.36																			
เอกสารอ้างอิง	โปรแกรม HOSxP / 43 แฟ้ม																						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวรวดี โพธิ์ปักขา		โทร. 091 0607182																				
	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 123																				

ตัวชี้วัดที่ 12	ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา																												
หน่วยวัด	ร้อยละ																												
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																												
คำอธิบาย 12/10/6	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า หมายถึง การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ, ผู้ป่วยเรื้อรัง,หญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอด) โดยการใช้แบบประเมิน 2Q-9Q โดยถ้าคำตอบ 2Q ข้อใดข้อหนึ่งหรือมีทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ถ้าคะแนนแบบประเมิน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า ให้ส่งพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยและรักษาต่อไป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) หมวด F32,F33,F34.1,F38,F39																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, หญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอด																												
เป้าหมาย	รอบที่1 ร้อยละ 50 รอบที่2 ร้อยละ 90																												
วิธีการประเมิน	จากโปรแกรม HOSxP /JHCIS																												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560																												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า																												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด																												
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>1</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า</td><td>30</td><td>70</td></tr><tr><td>2</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า</td><td>35</td><td>75</td></tr><tr><td>3</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า</td><td>40</td><td>80</td></tr><tr><td>4</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า</td><td>45</td><td>85</td></tr><tr><td>5</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า</td><td>50</td><td>90</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	30	70	2	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	35	75	3	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	40	80	4	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	45	85	5	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	50	90
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																										
1	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	30	70																										
2	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	35	75																										
3	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	40	80																										
4	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	45	85																										
5	กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	50	90																										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง</td><td>ราย</td><td>109,711</td><td>85,162</td><td>93,199</td></tr><tr><td>ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง</td><td>ร้อยละ</td><td>90.43</td><td>83.73</td><td>93.31</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง	ราย	109,711	85,162	93,199	ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	90.43	83.73	93.31						
ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																											
		2557	2558	2559																									
จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง	ราย	109,711	85,162	93,199																									
ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	90.43	83.73	93.31																									
เอกสารอ้างอิง	โปรแกรม HOSxP /JHCIS																												
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวราตรี โพธิ์ปักขา		โทร. 091 0607182																										
	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 123																										

ตัวชี้วัดที่ 13	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																	
คำอธิบาย 13/11/-	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติดยาเสพติด (Dependence) ผู้ป่วยยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยหยุดเสพ หรือเสพแต่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือ ผู้ติด (Dependence) ผู้ป่วยยาเสพติดบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด หมายถึง บำบัดรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาล และได้รับการประเมินครบกำหนดและติดตามต่อเนื่องในระยะติดตามการรักษา																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่ได้รับการบำบัดรักษาระบบสมัครใจจากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข																	
เป้าหมาย	ร้อยละ 75																	
วิธีการประเมิน	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดระดับประเทศ (บสต.)																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (บสต.ติดตาม)																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละแห่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมผู้ป่วยจำหน่ายเนื่องจากเสียชีวิต หรือ ถูกจับ																	
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 65</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 85</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 95</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 65	2	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 70	3	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 75	4	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 85	5	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 95	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 65																	
2	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 70																	
3	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 75																	
4	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 85																	
5	ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 95																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดตามเกณฑ์กำหนด (3 month remission rate)</td><td>ร้อยละ</td><td>85.19</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดตามเกณฑ์กำหนด (3 month remission rate)	ร้อยละ	85.19	100	100
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดตามเกณฑ์กำหนด (3 month remission rate)	ร้อยละ	85.19	100	100														
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดระดับประเทศ (บสต.)																	
ผู้รับผิดชอบ	นายจารุเกียรติ หิมรัตน์		โทร. 08 7954 3279															
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 123															

ตัวชี้วัดที่ 14	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis)																	
หน่วยวัด	อัตรา																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 3																	
คำอธิบาย 14/12/-	Sepsis เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ พบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ																	
เป้าหมาย	< น้อยกว่า 30																	
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ - โปรแกรม 43 แพ้ม และ Cockpit																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Sepsis																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัย Sepsis																	
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 50</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 45</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 40</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 35</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 30</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 50	2	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 45	3	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 40	4	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 35	5	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 30	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 50																	
2	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 45																	
3	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 40																	
4	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 35																	
5	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 30																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis)</td><td>ร้อยละ</td><td>14.93</td><td>13.68</td><td>12.82</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis)	ร้อยละ	14.93	13.68	12.82
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis)	ร้อยละ	14.93	13.68	12.82														
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูล 43 แพ้ม 2. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ																	
ผู้รับผิดชอบ	นางกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเชจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย รพ.หนองคาย		โทร. : 086-6400531 e-mail : say12909@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 640-641															

ตัวชี้วัดที่ 15	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ																	
หน่วยวัด	อัตรา																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 4																	
คำอธิบาย 15/-/-	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับbaseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร																	
เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ 10																	
วิธีการประเมิน	-รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ -โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC -ประเมินทุกโรงพยาบาล																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร																	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100,000																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<18%</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<16%</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<14%</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<12%</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<10%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<18%	2	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<16%	3	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<14%	4	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<12%	5	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<10%	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<18%																	
2	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<16%																	
3	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<14%																	
4	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<12%																	
5	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<10%																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI</td><td><10%</td><td>9.28</td><td>16.17</td><td>12.70</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI	<10%	9.28	16.17	12.70
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI	<10%	9.28	16.17	12.70														
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ																	
ผู้รับผิดชอบ	นางนงเยาว์ ท้าวพรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนัก ICU2 รพ.หนองคาย	โทร. 089-2061268 และ 091-8679269 e-mail : NONGYAO_41@Hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 620,621																
	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.หนองคาย	โทร. 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136																

ตัวชี้วัดที่ 16	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ภายใน 30 นาที (Door to needle timeภายใน 30 นาที)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ 3				
คำอธิบาย 16/13/-	สัดส่วนจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ต่อ จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด 1) จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (ER) 2) จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด				
เป้าหมาย	ร้อยละ 75				
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC - ประเมินทุกโรงพยาบาล				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)				
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที				
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100,000				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 55			
	2	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 60			
	3	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 65			
	4	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 70			
	5	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 75			
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
	Door to needle time ภายใน 30 นาที	ร้อยละ75	2557	2558	2559
			41.67	21.67	56.25
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. ข้อมูลรพช./รพท./รพช. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8				
ผู้รับผิดชอบ	นางนงเยาว์ ท้าวพรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนัก ICU2 รพ.หนองคาย	โทร. 089-2061268 และ 091-8679269 e-mail : NONGYAO_41@Hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 620,621			
	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.หนองคาย	โทร. 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 17	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
หน่วยวัด	อัตรา				
น้ำหนัก	ร้อยละ 3				
คำอธิบาย 17/-/-	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร				
เป้าหมาย	≤ ร้อยละ 7				
วิธีการประเมิน	-รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ -โปรแกรม 43 แพ้ม และ HDC -ประเมินทุกโรงพยาบาล				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 (ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 (ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน				
	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย≤11%			
	2	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย≤10%			
	3	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย≤9%			
	4	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย≤8%			
	5	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย≤7%			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2557	2558	2559
	อัตราการเสียชีวิตจาก STROKE	<7%	NA	NA	9.4
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูล 43 แพ้ม 2. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบ	นางวันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก รพ.หนองคาย	โทร. : 083-6293137 e-mail : Wanpen.wis@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 117			
	นส.ยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.หนองคาย	โทร. 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 18	ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 18/-/-	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์และ 4 สัปดาห์ นับเป็นจำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา,เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้ นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัย เช่นวันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจการรักษามะเร็งเป็นต้น-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกกรายงานออกจากกรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และการรายงานให้แยกกลุ่มMetastatic ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาดวเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาดวเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วย นับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่นรังสีรักษา,ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบ การส่งต่อ ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาดวรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาดวรังสีรักษา ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาดวรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็น มะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัดนับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยก รายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับ ในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์

	2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจจะเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษา วันแรกไม่เกิน 6 สัปดาห์ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic มะเร็ง 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งที่มีอัตราการป่วยสูง 5 อันดับแรก ที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาล ซึ่งจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก คือ 1.มะเร็งเต้านม 2. มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3.มะเร็งลำไส้ 4.มะเร็งปอด 5.มะเร็งปากมดลูก																																										
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา																																										
เป้าหมาย	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$																																										
วิธีการประเมิน	- แบบรายงานผู้ป่วย - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC																																										
ระยะเวลา ประเมิน	รอบที่ 1 : กุมภาพันธ์ -มีนาคม 2560 รอบที่ 2 : มิถุนายน-กรกฎาคม 2560																																										
รายการข้อมูล 1	A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตาม เกณฑ์ที่กำหนด A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด																																										
รายการข้อมูล 2	B (S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน																																										
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																																										
เกณฑ์การให้ คะแนน ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>65\%$</td></tr><tr><td>2</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>70\%$</td></tr><tr><td>3</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>75\%$</td></tr><tr><td>4</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>80\%$</td></tr><tr><td>5</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>85\%$</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>65\%$	2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>70\%$	3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>75\%$	4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>80\%$	5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>85\%$																										
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																										
1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>65\%$																																										
2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>70\%$																																										
3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>75\%$																																										
4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>80\%$																																										
5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $>85\%$																																										
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของ มะเร็ง 5 อันดับแรก</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1. มะเร็งเต้านม</td><td>$>85\%$</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>2. มะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>$>85\%$</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>3. มะเร็งลำไส้</td><td>$>85\%$</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>4. มะเร็งปอด</td><td>$>85\%$</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>5. มะเร็งปากมดลูก</td><td>$>85\%$</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของ มะเร็ง 5 อันดับแรก					1. มะเร็งเต้านม	$>85\%$	NA	NA	NA	2. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	$>85\%$	NA	NA	NA	3. มะเร็งลำไส้	$>85\%$	NA	NA	NA	4. มะเร็งปอด	$>85\%$	NA	NA	NA	5. มะเร็งปากมดลูก	$>85\%$	NA	NA	NA
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																									
		2557	2558	2559																																							
ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของ มะเร็ง 5 อันดับแรก																																											
1. มะเร็งเต้านม	$>85\%$	NA	NA	NA																																							
2. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	$>85\%$	NA	NA	NA																																							
3. มะเร็งลำไส้	$>85\%$	NA	NA	NA																																							
4. มะเร็งปอด	$>85\%$	NA	NA	NA																																							
5. มะเร็งปากมดลูก	$>85\%$	NA	NA	NA																																							

	KPI	Base line		
		57	58	59
	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ >ร้อยละ 85	100	100	97.56
	ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ >ร้อยละ 85	NA	NA	59.25
	ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ >ร้อยละ 85	100	100	100
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลการตายของ สนย. 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
ผู้รับผิดชอบ	1.นางรัชฎา จอมคำสิงห์	โทร. 088-3330083		
	2.นางลำยอง เลขนอก	โทร. 089-6179089		
	โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 643		

ตัวชี้วัดที่ 19	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 1
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 19/-/-	อัตราการตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งปอด เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด ผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งปอด (lung cancer) เป็นโรคซึ่งมีการเจริญของเซลล์ในเนื้อเยื่อปอด อย่างควบคุมไม่ได้ การเจริญนี้นำไปสู่การแพร่กระจาย มีการรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงและแทรกซึมเข้าไปในอวัยวะนอกปอด มะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นมะเร็งชนิดเยื่อ เจริญมาจากเซลล์เนื้อเยื่อผิว มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายของผู้เสียชีวิต 1.3 ล้านรายทั่วโลกใน ค.ศ. 2004 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากมะเร็งมากที่สุดทั้งในชายและหญิงอาการที่พบบ่อยที่สุดคืออาการเหนื่อย ไอ รวมถึงไอเป็นเลือด และน้ำหนักลด มะเร็งปอดแบ่งชนิดหลักๆ ออกเป็นมะเร็งปอดชนิดสมอลล์เซลล์และชนิดไม่ใช่สมอลล์เซลล์ การจำแนกด้วยวิธีการนี้เนื่องจากวิธีการรักษาต่างกัน มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่สมอลล์เซลล์ (NSCLC) บางครั้งรักษาด้วยการผ่าตัด ในขณะที่มะเร็งปอดชนิดสมอลล์เซลล์ (SCLC) ส่วนใหญ่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา สาเหตุส่วนใหญ่ของมะเร็งปอดคือการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ส่วนมะเร็งปอดในผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ซึ่งนับเป็นผู้ป่วย 15% นั้นส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยทางพันธุกรรม ก๊าซเรดอน แร่ใยหิน และมลพิษทางอากาศ รวมถึงการสูบบุหรี่มือสองด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไอ (รวมทั้งไอเป็นเลือด) , น้ำหนักลด และหายใจลำบาก อาจตรวจพบได้จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการทำซีทีสแกน การยืนยันการวินิจฉัยทำโดยการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจ ส่วนใหญ่ทำโดยส่องกล้องหลอดลมเพื่อเก็บชิ้นเนื้อหรือการเจาะชิ้นเนื้อโดยใช้ผลตรวจซีทีช่วยนำทาง การรักษาและพยากรณ์โรคขึ้นกับชนิดของเนื้อเยื่อมะเร็ง ระยะของโรค และระดับความสามารถของผู้ป่วย วิธีการรักษาที่อาจเป็นไปได้ได้แก่การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา อัตราการรอดชีวิตนั้นแตกต่างกันออกไปขึ้นกับระยะ สุขภาพโดยรวม และปัจจัยอื่นๆ รหัส ICD-10 = C34
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไป
เป้าหมาย	ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1
วิธีการประเมิน	ตรวจสอบข้อมูล จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งปอดจากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2559 และปีงบประมาณ 2560
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : เก็บข้อมูลรายงานสถานการณ์ ตุลาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งปอด ปี 2559 A2 : จำนวนประชากรในพื้นที่ ปี 2559 $A = A1/A2 \times 100,000$
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งปอด ปี 2560 B2 : จำนวนประชากรในพื้นที่ ปี 2560 $B = B1/B2 \times 100,000$
สูตรคำนวณ	$((A-B)/A) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ -1				
	2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ -0.5				
	3	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 0				
	4	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 0.5				
	5	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 1				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด		ร้อยละ	6.91	1.55	0.77
	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงจากปีที่ผ่านมา		ร้อยละ	9.85	6.68	1.05
เอกสารอ้างอิง	1. จาก Hospital Based Cancer Registry 2. ฐานข้อมูลการตายของ สนย. 3. ฐานข้อมูลประชากร 4. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม HDC สสจ.หนองคาย					
ผู้รับผิดชอบ	1.นางรัชฎา จอมคำสิงห์ โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 088-3330083		
	2.นางลำยอง เลขนอก โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 089-6179089		
	โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 643		
	3.นางสาวนิตยา ชุตไธสง สสจ.หนองคาย			โทร 083-3684324		
	กลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.หนองคาย			โทร 0 4246 5067-70 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 20	ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ 4																																		
คำอธิบาย 20/14/-	eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serumcreatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI - ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60 >eGFR≥15) หรือ (E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60 >eGFR ≥ 15) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่า eGFR 1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD																																		
เป้าหมาย	ร้อยละ 65																																		
วิธีการประเมิน	- เก็บพื้นที่ (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) (ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก) - การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFRต้องมี creatinine ≥ 2 ค่าในปีงบประมาณนั้นๆ - หน่วยที่ใช้ในการวัด เป็นร้อยละ																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560																																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 ml/min/1.73 m2/yr x 100																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 65</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 45				2	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 50				3	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 55				4	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 60				5	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 65			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 45																																		
2	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 50																																		
3	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 55																																		
4	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 60																																		
5	ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 65																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>64.2</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr	ร้อยละ	-	-	64.2																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2557	2558	2559																															
ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr	ร้อยละ	-	-	64.2																															
เอกสารอ้างอิง	HDC กระทรวงสาธารณสุข																																		
ผู้รับผิดชอบ	นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยไตเทียม รพ.หนองคาย	โทร.088-5733022 และ 081-2623076 e-mail : maneewan.t@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 623/624																																	
	นพ.พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.หนองคาย	โทร. - e-mail : sutarut2010@hotmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 101																																	

ตัวชี้วัดที่ 21	ร้อยละของ รพ.สต. มีการจัด CKD Corner
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 21/15/7	CKD corner/clinic หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบ ทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพและมี คุณภาพ ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ ดังต่อไปนี้ 1. ทีมบุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1.1 แพทย์ 1.2 พยาบาล 1.3 นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ 1.4 เกสเซอร์ ระบุคนที่แน่นอน 1.5 นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาล 2. EDUCATION PROGRAM ประกอบด้วย 2.1 การใช้ยาในผู้ป่วย 2.2 การรับประทานอาหาร 2.3 การปฏิบัติตัวและความรู้เรื่องโรคไต 2.4 การให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย (Renal Replacement Therapy) 3. มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 4. มีแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย CKD 5. มีการจัดบริการรักษาและให้ความรู้ผู้ป่วย CKD ใน DM/HT clinic โดยจัดทำเป็น CKD corner ใน รพ.ศ.รพท. 6. จัดทำเป็น CKD clinic หรือ corner ใน รพช. และ CKD corner ใน รพ.สต. หมายเหตุ - ระดับรพช./รพท. ใช้เกณฑ์ข้อ 1-5 -ระดับรพช./รพ.สต. ใช้เกณฑ์ข้อ 1-4 และข้อ6
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน รพ.สต.ในแต่ละหน่วยบริการ
เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	-ประเมินโดยการตรวจสอบตามเกณฑ์โดยคณะกรรมการไตรจังหวัด
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนรพ.สต.ที่จัดทำ CKD corner และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประเมินที่ ร้อยละ 80
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนรพ.สต.ทั้งหมดใน หน่วยบริการ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	รพ.สต. มีการจัด CKD Corner ร้อยละ 60			
	2	รพ.สต. มีการจัด CKD Corner ร้อยละ 65			
	3	รพ.สต. มีการจัด CKD Corner ร้อยละ 70			
	4	รพ.สต. มีการจัด CKD Corner ร้อยละ 75			
	5	รพ.สต. มีการจัด CKD Corner ร้อยละ 80			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของ รพ.สต. มีการจัด CKD Corner	ร้อยละ	NA	NA	NA
เอกสารอ้างอิง	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบ	นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยไตเทียม รพ.หนองคาย		โทร. 081-2623076 และ 088-5733022 e-mail : maneewan.t@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 623/624		
	นพ.พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.หนองคาย		โทร. - e-mail : sutarut2010@hotmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 101		

ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ 4					
คำอธิบาย 22/16/-	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาสั้นกว่า 20/400 ได้แก่ 5/200, CF, HM, PJ, PL					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา					
เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม vision2020					
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 40%				
	2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 50%				
	3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 60%				
	4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 70%				
	5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 80%				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		ร้อยละ	NA	84.10	83.29
เอกสารอ้างอิง	-โปรแกรม vision2020					
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนิษฐา เขียวนาวิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกตรวจตา รพ.หนองคาย		โทร. 085-0003326 e-mail : tikkae30@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 126			
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย		โทร. 081-9778442 e-mailpraditsararat@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 23	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 23/17/8	1.การคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจคัดกรองสายตาซ้ำในผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นจาก อสม. ซึ่งนับนิว้ผิดตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป จากการนับทั้งหมด 5 ครั้ง เพื่อส่งต่อตรวจซ้ำจากจักษุแพทย์ ดังนี้ - ตรวจสายตาผู้สูงอายุที่ละข้าง โดยเริ่มจากตาขวาและตามด้วยตาซ้ายตามลำดับ - การตรวจตาข้างขวา โดยให้ผู้สูงอายุปิดตาข้างซ้ายก่อนด้วยฝ่ามือซ้ายหรืออุปกรณ์ในการปิดตาแล้วให้อ่าน SNELLEN SHART ระยะห่าง 6 เมตร หรือ 20 ฟุต ในที่ซึ่งมีแสงสว่างเหมาะสม โดยเริ่มจากแถวบนก่อน จากนั้นอ่านแถวล่างถัดมาตามลำดับ - การตรวจตาข้างซ้าย โดยให้ผู้สูงอายุปิดตาข้างขวาก่อนด้วยฝ่ามือหรืออุปกรณ์ ในการปิดตาแล้วให้อ่าน SNELLEN SHART ระยะห่าง 6 เมตร หรือ 20 ฟุต ในที่ซึ่งมีแสงสว่างเหมาะสม โดยเริ่มจากแถวบนก่อน จากนั้นอ่านแถวล่างถัดมาตามลำดับ - หรือการตรวจสายตาทั้งสองข้าง โดยไม่ต้องปิดตา ใช้ Uncorrected VA (without pinhole) - การแปลผล ถ้าอ่านตัวเลขได้ในระดับเท่ากับหรือน้อยกว่า 20/70 หรือ 6/18 โดยให้บันทึกผลและแนบแบบฟอร์มการคัดกรอง ฯ ส่งต่อ เพื่อตรวจสายตาซ้ำจากจักษุแพทย์ 2.การคัดกรองโดย อสม. อสม.คัดกรองต่อกระจกเบื้องต้นในผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) ในเขตรับผิดชอบทุกคน โดยการสัมภาษณ์และวัดสายตาเบื้องต้น ดังนี้ -ตรวจสายตาผู้สูงอายุที่ละข้าง โดยเริ่มจากตาขวาและตาซ้ายตามลำดับ -ขั้นตอนการวัดตาข้างขวา โดยให้ผู้สูงอายุปิดตาข้างซ้ายก่อนด้วยฝ่ามือซ้าย และใช้ตาขวานับนิ้วของ อสม.หรือผู้ตรวจ ที่ระยะห่าง 3 เมตร ทำการตรวจ 5 ครั้ง โดยทำการสลับจำนวนนิ้วไปมา แล้วนับจำนวนครั้งที่นับนิ้วผิด -ขั้นตอนการวัดตาข้างซ้าย โดยให้ผู้สูงอายุปิดตาข้างขวาก่อนด้วยฝ่ามือขวา และใช้ตาซ้ายนับนิ้วของ อสม.หรือผู้ตรวจ ที่ระยะห่าง 3 เมตร ทำการตรวจ 5 ครั้ง แล้วนับจำนวนครั้งที่นับนิ้วผิด (ทำเหมือนวัดตาข้างขวา -การแปลผล ถ้านับนิ้วผิดตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป จากการนับทั้งหมด 5 ครั้ง ให้บันทึกผลไม่ผ่าน และแนบแบบฟอร์มการคัดกรอง ฯ ส่งต่อ รพ.สต. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจสายตาซ้ำ หมายเหตุ : คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งหมด
เป้าหมาย	ร้อยละ 75
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม vision2020
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งหมด								
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100								
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	ระดับคะแนน								
	1	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 35							
	2	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 45							
	3	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 55							
	4	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 65							
	5	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 75							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
				2557	2558	2559			
	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา		ร้อยละ75	78.36	76.89	80.50			
	ผลงานปี 2559 (แยกรายอำเภอ)								
	เมือง	ท่าบ่อ	รัตนวาปี	ศรีเชียงใหม่	สระใคร	สังคม	เผ่าไร่	โพธิ์ตาก	โนนพิสัย
60.84	89.54	95.14	49.82	91.59	83.38	96.30	97.63	95.34	80.50
(19,482	(10,062	(4,864	(3,878	(2,484	(3,021	(5,959	(1,982	(11,795	(63,6323
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11,853)	9,011)	4,628	1,932)	2,275)	2,519)	5,739)	1,935)	11,245)	51,213)
เอกสารอ้างอิง	-โปรแกรม Vision 2020								
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนิษฐา เขียวนาวิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกตรวจตา รพ.หนองคาย			โทร. 085-0003326 e-mail : tikkae30@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 126					
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย			โทร. 081-9778442 e-mail praditsararat@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123					

ตัวชี้วัดที่ 24	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 24/18/9	หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ คือ บริการได้ครบ 2 องค์ประกอบ 1. การจัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน 5 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม 2. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 20 อธิบายเพิ่มเติม 1. รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพทันตกรรมป้องกัน และบริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ รวมนอกเวลาราชการ ได้ตามเกณฑ์กิจกรรมบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ 1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ 1.1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 1.2) บริการชุดหินน้ำลายและอุดฟัน 1.3) บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control 2) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) 2.1) มีการตรวจช่องปาก 2.2) การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ 2.3) เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3.1) เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 3.2) เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.3) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม 4) โรงเรียนประถมศึกษา 4.1) นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก 4.2) นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1,3 ได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 4.3) การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษา 5) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5.1) ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก (6) กลุ่มผู้สูงอายุ 6.1) การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2. การใช้บริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.แต่ละแห่งได้ตามเกณฑ์ (มากกว่า 200 คนต่อ 1,000 ประชากร (Type 1,3)/ปี หรือเฉลี่ยตามระยะเวลาที่ประเมิน) <u>เงื่อนไขเฉพาะ</u>เพิ่มการประเมินการมี/จัดให้มี - หน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากเด็ก 18 เดือน เด็ก 3-5 ปี วัยเรียนและผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบันและย้อนหลังอย่างน้อย 2 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก
เป้าหมาย	ร้อยละ 60
วิธีการประเมิน	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งบันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560

รายการข้อมูล 1	A= จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก							
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด							
สูตรคำนวณ	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก = (A/B) x 100							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ ร้อยละ 50						
	2	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ ร้อยละ 55						
	3	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ ร้อยละ 60						
	4	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ ร้อยละ 65						
	5	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ ร้อยละ 70						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2557	2558	2559		
	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก		ร้อยละ	-	-	-		
	รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ50		ร้อยละ	85.53	93.42	80.26		
ตารางแสดงผลการดำเนินงาน จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2559 ตัวชี้วัดเดิม								
	ศสม./รพ.สต.	ศสม./รพ.สต. (แห่ง)	มีทันตภิบาลประจำ (แห่ง)	องค์ประกอบที่ 1ประจำและหมุนเวียน (แห่ง)	องค์ประกอบที่ 2มี 14กิจกรรม (แห่ง)	องค์ประกอบที่ 3มีผลงานตามเกณฑ์ (แห่ง)	รวมผ่านเกณฑ์ 3 องค์ประกอบ (แห่ง)	คิดเป็นร้อยละ
	เมือง	19	11	19	19	14	14	73.68
	ท่าบ่อ	10	5	10	7	9	7	70.00
	โพนพิสัย	15	7	11	11	14	11	73.33
	ศรีเชียงใหม่	6	2	6	6	6	6	100.00
	สังคม	5	3	4	4	5	4	80.00
	สระใคร	3	2	3	3	3	3	100.00
	เผ่าไร่	7	5	7	7	7	7	100.00
	รัตนวาปี	6	2	6	6	6	6	100.00
	โพธิ์ตาก	5	1	3	5	5	3	60.00
	รวม	76	38	69	68	69	61	80.26
เอกสารอ้างอิง	1. ดูผลงานในระบบ HDC (Health Data Center) ของ สสจ.หนองคาย ที่กลุ่มรายงานมาตรฐาน : 1.1 ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ 41 และ 42 1.2 ตัวตั้ง HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการ -> ทันตกรรม (บริการ) ข้อ 1 ตัวหาร HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลทั่วไป -> ประชากร -> 4.ตาราง person เทียบกับ นำ DBPOP มาปรับปรุง ->คอลัมน์ 1+3, dbpop 2. ฐานข้อมูลสถานะสุขภาพช่องปากระดับตำบลและอำเภออย่างน้อย 2 ปี							
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒินงค์				โทร. 089-7106864			
	นางอุริตา พิทักษ์ทรัพย์				โทร. 081-5935415			
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข				โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 139			

ตัวชี้วัดที่ 25	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)																																				
หน่วยวัด	ร้อยละ																																				
น้ำหนัก	ร้อยละ 4																																				
คำอธิบาย 25/19/10	กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็กปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ฟันแท้ปกติ(รวมarrested caries)และ/หรือมีฟันที่อุดแล้วไม่ผุโดยไม่มี ความจำ เป็นต้องอุดถอนรักษาคลองรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก ฟันผุ หมายถึง ฟันแท้ที่ผุเป็นรู หรือมีฟันที่อุดแล้วผุ และให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย																																				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี																																				
เป้าหมาย	ร้อยละ 52																																				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ - เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้งจึงไม่ควรประเมินรายไตรมาส หากข้อมูลสถานะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 52 แล้วให้ประเมินเพิ่มขึ้นในอัตราปีละร้อยละ 2																																				
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ประเมินตามระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน																																				
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ประเมินก่อนปิดเทอม 1 ปีการศึกษา 2560 (เดือนสิงหาคม)																																				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)																																				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีทั้งจังหวัด																																				
สูตรคำนวณ	รอบที่ 2 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ = $(A/B) \times 100$																																				
เกณฑ์การให้ คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1 ประเมินตามระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีผลสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน (อัตราฟันผุ, cavity free) ที่เป็นปัจจุบัน ปีการศึกษา 2559 (ทส.002/003) ระดับอำเภอและตำบล</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีการคืนข้อมูลสถานะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีแผนปฏิบัติการของฝ่ายทันตสาธารณสุขในการจัดบริการสุขภาพและ/หรือบูรณาการกิจกรรมร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนา ร.ร.ส่งเสริมสุขภาพ</td></tr> </tbody> </table> รอบที่ 2 ประเมินระดับความสำเร็จตัวชี้วัด <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 44</td></tr> <tr> <td>2</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 46</td></tr> <tr> <td>3</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 48</td></tr> <tr> <td>4</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>5</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 52</td></tr> </tbody> </table> กรณีที่กลุ่มเด็ก 12 ปีมีสถานะฟันดีไม่มีผุเกินร้อยละ 52 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 1</td></tr> <tr> <td>2</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 2</td></tr> <tr> <td>4</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ขึ้นไป</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล	2	มีผลสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน (อัตราฟันผุ, cavity free) ที่เป็นปัจจุบัน ปีการศึกษา 2559 (ทส.002/003) ระดับอำเภอและตำบล	3	มีการคืนข้อมูลสถานะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน	4	มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล	5	มีแผนปฏิบัติการของฝ่ายทันตสาธารณสุขในการจัดบริการสุขภาพและ/หรือบูรณาการกิจกรรมร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนา ร.ร.ส่งเสริมสุขภาพ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 44	2	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 46	3	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 48	4	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 50	5	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 52	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 1	2	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5	3	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 2	4	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5	5	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ขึ้นไป
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																				
1	มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล																																				
2	มีผลสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน (อัตราฟันผุ, cavity free) ที่เป็นปัจจุบัน ปีการศึกษา 2559 (ทส.002/003) ระดับอำเภอและตำบล																																				
3	มีการคืนข้อมูลสถานะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน																																				
4	มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล																																				
5	มีแผนปฏิบัติการของฝ่ายทันตสาธารณสุขในการจัดบริการสุขภาพและ/หรือบูรณาการกิจกรรมร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนา ร.ร.ส่งเสริมสุขภาพ																																				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																				
1	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 44																																				
2	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 46																																				
3	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 48																																				
4	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 50																																				
5	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุร้อยละ 52																																				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																				
1	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 1																																				
2	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5																																				
3	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 2																																				
4	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5																																				
5	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ขึ้นไป																																				

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2557	2558	2559	
	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ		ร้อยละ	57.55	55.11	53.06	
	เครือข่ายบริการ	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ					
		ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559	
		เมืองหนองคาย		54.34		52.56	60.01
		โพนพิสัย		46.48		71.02	36.65
		ศรีเชียงใหม่		70.19		50.66	68.67
		สังคม		42.31		36.67	24.46
		ท่าบ่อ		51.89		49.4	64.95
		สระใคร		54.11		63.72	46.87
		โพธิ์ตาก					
		เฝ้าไร่		68.88		51.97	63.89
		รัตนวาปี		62.05		81.05	ไม่มีข้อมูล
รพ.พิสัยเวช		98.22		75.15	90		
จ.หนองคาย		57.55		55.11	53.06		
ข้อมูล ณ วันที่ 22 กันยายน 2559 (จากโปรแกรมซีแลนซ์ สนท.)							
เอกสารอ้างอิง	รายงานผลงาน 43 แฟ้มของ สสจ.หนองคาย (Health Data Center) รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของจังหวัดหนองคาย ประจำปี 2560						
ผู้รับผิดชอบ	ทพญ.หทัยรัตน์ นิจจะยะ		โทร. 089-9421090				
	นางภริตา พิทักษ์ทรัพย์		081-5935415				
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 139				

ตัวชี้วัดที่ 26	ประชาชนร้อยละ 32 เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ 3					
คำอธิบาย 26/20/-	บริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐานหมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทันตกรรมเฉพาะทางที่ซับซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ รวมนอกเวลาราชการด้วย					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกกลุ่มอายุในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการทุกคน					
เป้าหมาย	ร้อยละ 32					
รายการข้อมูล1	A : ประชากรที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากทุกคน					
รายการข้อมูล2	B : ประชากรที่อาศัยอยู่จริง Type 1,3					
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ			13	30
	2	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ			14	31
	3	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ			15	32
	4	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ			16	33
	5	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ			17	34
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				วัด	2557	2558
					2559	
	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ได้มาตรฐาน			ร้อยละ	23.37	27.07
					34.13	
	อำเภอ	ปี2558		ปี2559		
		พชก.type 1,3(คน)	ผลงาน(คน)	ร้อยละ	พชก.type 1,3(คน)	ผลงาน(คน)
	เมืองหนองคาย	130,144	26,452	20.33	130,952	36,588
	ท่าบ่อ	69,833	23,516	33.67	69,655	23,830
	โพนพิสัย	84,966	26,359	31.02	83,695	33,214
	ศรีเชียงใหม่	19,796	8,916	45.04	20,503	10,013
	สังคม	23,412	7,229	30.88	23,288	8,691
	สระใคร	19,235	5,148	26.76	19,235	7,615
	เผ่าไร่	36,730	10,578	28.80	37,141	11,699
	รัตนวาปี	39,494	7,525	19.05	36,828	11,663
	โพธิ์ตาก	15,402	3,112	20.21	14,252	5,335
	รวม	439,012	118,835	27.07	435,549	148,648
	ข้อมูล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2558 ประชากรที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากทุกคน (ประชากรตามทะเบียนราษฎร์เฉพาะ Type1,3+ มีรหัสเหตุการณ์เกี่ยวกับทันตกรรมใน Procedure_OPD)					
เอกสารอ้างอิง	1. ดูผลงานในระบบ HDC (Health Data Center) ของ สสจ.หนองคาย ที่กลุ่มรายงานมาตรฐาน : 1.1 ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ 41 และ 42 1.2 ตัวตั้ง HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการ -> ทันตกรรม (บริการ) ข้อ 1 ตัวหาร HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลทั่วไป -> ประชากร -> 4.ตาราง person เทียบกับ นำ DBPOP มาปรับปรุง ->คอลัมน์ 1+3 ,dbpop					
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์			โทร. 089-7106864		
	นางอุริตา พิทักษ์ทรัพย์			โทร. 081-5935415		
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข			โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 139		

ตัวชี้วัดที่ 27.1	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ																	
หน่วยวัด	จำนวน																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 1																	
คำอธิบาย 27.1/-/-	ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ หมายถึง บุคคลทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ที่สุขภาพแข็งแรง สามารถบริจาคอวัยวะได้โดยไม่ต้องตรวจร่างกายก่อนการแสดงความจำนงและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ คุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะ 1. ผู้บริจาคอวัยวะต้องมีอายุไม่เกิน 60 ปี 2. เสียชีวิตจากสภาวะสมองตายด้วยสาเหตุต่างๆ 3. ปราศจากโรคติดเชื้อ และโรคเมเร็ง 4. ไม่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน, หัวใจ, โรคไต, ความดันโลหิตสูง, โรคตับ และไม่ติดสุรา 5. อวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่ายต้องทำงานได้ดี 6. ปราศจากเชื้อที่ถ่ายทอดทางการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสเอดส์ ฯลฯ 7. กรุณาแจ้งเรื่องการบริจาคอวัยวะแก่บุคคลในครอบครัวหรือญาติให้รับทราบด้วย																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคคลทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ																	
เป้าหมาย	เพิ่มขึ้น																	
วิธีการประเมิน	-รวบรวมข้อมูลการบริจาคจากผู้รับผิดชอบ																	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560																	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ																	
รายการข้อมูล 2	B : -																	
สูตรคำนวณ	A = จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tr> <td>ปี 2560</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr> <tr> <td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> </table>					ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	500	600	700	800	900			
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564														
500	600	700	800	900														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th></tr> <tr> <th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr> <tr> <td>จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ</td><td>ราย</td><td>382</td><td>433</td><td>498</td></tr> </table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2557	2558	2559	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	ราย	382	433	498
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																
		2557	2558	2559														
จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	ราย	382	433	498														
เอกสารอ้างอิง	1.ข้อมูลการบริจาคจากผู้รับผิดชอบ 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																	
ผู้รับผิดชอบ	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานผู้ป่วยหนัก 1 รพ.หนองคาย		โทร. : 061-6894440 e-mail : Rac2507@windowslive.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 626															

ตัวชี้วัดที่ 27.2	จำนวนผู้บริจาค																	
หน่วยวัด	จำนวน																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 1																	
คำอธิบาย 27.2/-/-	ผู้บริจาค หมายถึง บุคคลทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ที่สุขภาพแข็งแรง สามารถบริจาคอวัยวะได้ คุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะ 1. ผู้บริจาคอวัยวะต้องมีอายุไม่เกิน 60 ปี 2. เสียชีวิตจากสภาวะสมองตายด้วยสาเหตุต่างๆ 3. ปราศจากโรคติดเชื้อ และโรคมะเร็ง 4. ไม่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน, หัวใจ, โรคไต, ความดันโลหิตสูง, โรคตับ และไม่ติดสุรา 5. อวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่ายต้องทำงานได้ดี 6. ปราศจากเชื้อที่ถ่ายทอดทางการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสเอดส์ ฯลฯ 7. กรุณาแจ้งเรื่องการบริจาคอวัยวะแก่บุคคลในครอบครัวหรือญาติให้รับทราบด้วย																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคคลทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ																	
เป้าหมาย	เพิ่มขึ้น																	
วิธีการประเมิน	-รวบรวมข้อมูลการบริจาคจากผู้รับผิดชอบ																	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560																	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ																	
รายการข้อมูล 2	B : -																	
สูตรคำนวณ	A = จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ปี 2560</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr><tr><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr></table>					ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	500	600	700	800	900			
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564														
500	600	700	800	900														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน</td></tr><tr><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr><tr><td>จำนวนผู้บริจาค</td><td>ราย</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2557	2558	2559	จำนวนผู้บริจาค	ราย	3	3	3
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																
		2557	2558	2559														
จำนวนผู้บริจาค	ราย	3	3	3														
เอกสารอ้างอิง	1.ข้อมูลการบริจาคจากผู้รับผิดชอบ 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																	
ผู้รับผิดชอบ	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานผู้ป่วยหนัก 1 รพ.หนองคาย		โทร. : 061-6894440 e-mail : Rac2507@windowslive.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 626															

ตัวชี้วัดที่ 27.3	จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปปลูกถ่ายได้																																										
หน่วยวัด	จำนวน																																										
น้ำหนัก	ร้อยละ 1																																										
คำอธิบาย 27.3/-/-	การปลูกถ่ายไต หมายถึง การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant) ในปัจจุบันอวัยวะที่สามารถปลูกถ่ายได้ ได้แก่ หัวใจ/ไต/ตา/ <u>ตับ</u> /ปอด/ตับอ่อน/ลำไส้เล็กและต่อมไทมัส เนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายได้ ได้แก่ กระดูก เอ็น กระดูกตา ผิวน้ำ ลิ้นหัวใจ และหลอดเลือดดำ ทั่วโลกมีการปลูกถ่ายไตมากที่สุด ตามมาด้วยตับและหัวใจ ส่วนเนื้อเยื่อ ได้แก่กระดูกตาและเนื้อเยื่อกระดูกและเอ็น อวัยวะบางอย่างเช่นสมองไม่สามารถปลูกถ่ายได้																																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต																																										
เป้าหมาย	> 600 ต่อปีในปีงบฯ 2560																																										
วิธีการประเมิน	-รวบรวมข้อมูลการบริจาคจากผู้รับผิดชอบ -เก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน(โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)																																										
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560																																										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ																																										
รายการข้อมูล 2	B :																																										
สูตรคำนวณ	A = จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ																																										
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ปี 2560</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr><tr><td>650</td><td>700</td><td>800</td><td>1,000</td><td>1,300</td></tr></table>					ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	650	700	800	1,000	1,300																												
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																																							
650	700	800	1,000	1,300																																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปปลูกถ่ายได้</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ตา</td><td></td><td>4</td><td>4</td><td>6</td></tr><tr><td>ไต</td><td></td><td>2</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>หัวใจ</td><td></td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>ตับ</td><td></td><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>รวม</td><td>ราย</td><td>7</td><td>11</td><td>6</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2557	2558	2559	จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปปลูกถ่ายได้					ตา		4	4	6	ไต		2	6	0	หัวใจ		1	0	0	ตับ		0	1	0	รวม	ราย	7	11	6
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																																									
		2557	2558	2559																																							
จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปปลูกถ่ายได้																																											
ตา		4	4	6																																							
ไต		2	6	0																																							
หัวใจ		1	0	0																																							
ตับ		0	1	0																																							
รวม	ราย	7	11	6																																							
เอกสารอ้างอิง	1.ข้อมูลการบริจาคจากผู้รับผิดชอบ 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																																										
ผู้รับผิดชอบ	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานผู้ป่วยหนัก 1 รพ.หนองคาย		โทร. : 061-6894440 e-mail : Rac2507@windowslive.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 626																																								

ตัวชี้วัดที่ 28	ร้อยละของทีม ECS คุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 28/21/-	ECS (Emergency Care System) คือ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และ ป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention), การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care), ต่อเนื่อง ถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER), การดูแล รักษาใน โรงพยาบาล (In hospital care) / การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care), การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริหาร กรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาล (Disaster preparedness& Hospital preparedness for Emergency) (ECSคุณภาพ)ตามแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติปีพ.ศ. 2558 ได้กำหนด บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ด้านการแพทย์และ สาธารณสุข ในการเตรียมความพร้อมจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ ก่อนเกิด ระหว่างเกิด และ หลังเกิด ทั้งนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของแผนรองรับภัยพิบัติดัง รายละเอียด คือ 1) จัดเตรียมความพร้อมสถานพยาบาลทุกระดับในการรับมือกับสาธารณภัยรวมถึง การ พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครให้มีความรู้และทักษะพร้อมที่ จะปฏิบัติงาน เมื่อเกิดสาธารณภัย และป้องกันตนเองจากภัยที่เกิดขึ้นขณะ ปฏิบัติงาน 2) จัดหาและจัดเตรียมทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงการพัฒนา ทีม ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินระดับต่างๆ ที่พร้อม ปฏิบัติการช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถใช้ ประโยชน์ได้ทันทีเมื่อเกิดสาธารณภัย ได้แก่ ทีม mini MERT ระดับอำเภอ ทีม MERT(Medical Emergency Response Team) ระดับจังหวัด ทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เป็นต้น 3) จัดให้มีและพัฒนาระบบสื่อสารเพื่อการประสานงานและการส่งการภายในและ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนได้ อย่างมี ประสิทธิภาพ 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้ง เครื่องมือทาง การแพทย์และเวชภัณฑ์ของภาครัฐและเอกชน 5) เป็นหน่วยงานหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุขรับผิดชอบในการตอบสนอง ต่อสา ธารณภัยโดยประสานและจัดการให้มีผู้บังคับการเหตุการณ์ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Public Health &Medical incidence Commander)รวมทั้ง จัดให้มีศูนย์ปฏิบัติการด้าน การแพทย์และสาธารณสุขในระดับต่างๆ (Public Health Emergency Operation Center:PHEOC) 6) ประสานและส่งการหน่วยงานสังกัดและหน่วยงานในกำกับของกระทรวง สาธารณสุข ได้แก่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การเภสัชกรรม(GPO) เป็นต้น พร้อมทั้งประสานความร่วมมือหน่วยงาน

	เครือข่าย ภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทยโรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิ อาสาสมัครต่างๆ เป็นต้น 7) ประสานการระดมสรรพกำลังและทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Intregated resource management) 8) จัดให้มีการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency care system) ครอบคลุมการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Emergency medical service:EMS) การรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รพ.(Emergency care in hospital) การส่งต่อ (inter hospital care) และจัดระบบบริการเครือข่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข สนับสนุนการปฏิบัติงานทั่วประเทศ 9) จัดให้มีระบบฐานข้อมูลและความเสียหายทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการรายงานผลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว 10) กำกับให้มีการคงสภาพและประคับประคองระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขครอบคลุมทุกมิติได้แก่มิติด้านการดูแลสภาพจิตใจ การอนามัยแม่และเด็ก การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังโรคติดต่อ ตลอดจนการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ประสบภัยได้ อย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ของประเทศ 11) พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงฟื้นฟูสภาพจิตใจสังคม และวิถีชีวิตของผู้ประสบภัย และผู้เกี่ยวข้องให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว 12) จัดให้ความรู้แก่ประชาชนและชุมชนในด้านการป้องกัน การรักษาพยาบาล เบื้องต้น การสุขภาพิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ 13) พัฒนาระบบการพยากรณ์โรค(Prognosis) และการแจ้งเตือนภัย(Warning system) พร้อมทั้งมีการกระจายข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 14) พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ด้านเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และเผยแพร่ให้ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล แต่ละ ระดับ จึงต้องทำการสำรวจในปีแรก และหลังจากนั้นดำเนินการเพิ่มเติม ประเมินระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ ขั้นตอนที่ 2 มีการ ประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล ตามคู่มือการประเมินตนเองตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ขั้นตอนที่ 3 บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 4 มีการจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Disaster managementรวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน
--	--

	ขั้นตอนที่ 5 มีการฝึกซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง	
เป้าหมาย	ทีม ECS คุณภาพ ในโรงพยาบาล ผ่านการประเมินระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน	
วิธีการประเมิน	โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับโรงพยาบาล S, M2, F1-F2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ
	2	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-2 มีการประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล ตามคู่มือการประเมินตนเองตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์
	3	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-3 บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE)ของกระทรวงสาธารณสุข
	4	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-4 มีการจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Disaster managementรวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน
	5	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-5 มีการฝึกซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ต่อไป
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับโรงพยาบาล F3	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ
	2	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-2 มีการสำรวจ/ ประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Hazard risk) และประเมินผลกระทบต่อประชากร / หน่วยบริการ (Impact survey) ตามคู่มือการประเมินตนเองด้านภัยพิบัติ
	3	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-3 บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE)ของกระทรวงสาธารณสุข

	<table><tr><td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-4 มีการร่วมจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติกับเครือข่ายรวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน</td></tr><tr><td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-5 มีการร่วมฝึกซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ กับเครือข่าย</td></tr></table>	4	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-4 มีการร่วมจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติกับเครือข่ายรวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน	5	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-5 มีการร่วมฝึกซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ กับเครือข่าย									
4	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-4 มีการร่วมจัดทำแผนรองรับภัยพิบัติกับเครือข่ายรวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน													
5	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนที่ 1-5 มีการร่วมฝึกซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ กับเครือข่าย													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr><tr><td>โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง มีระบบ ECS คุณภาพ</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง มีระบบ ECS คุณภาพ	5 ขั้นตอน	NA	NA	NA
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ										
		2557	2558	2559										
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง มีระบบ ECS คุณภาพ	5 ขั้นตอน	NA	NA	NA										
เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูลเอกสารการสำรวจ การประเมินตนเองของโรงพยาบาล และทีมประเมินจากคณะกรรมการ ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) ข้อมูลเอกสารแผนรองรับภัยพิบัติของโรงพยาบาล และรายงานสรุปการฝึกซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ													
ผู้รับผิดชอบ	<table><tr><td> 1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองคาย 4.นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รพ. หนองคาย </td><td> โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026 โทร. : 099-4636565 e-mail :nitayank_2011@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135,661 </td></tr></table>	1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองคาย 4.นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รพ. หนองคาย	โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026 โทร. : 099-4636565 e-mail :nitayank_2011@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135,661											
1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองคาย 4.นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รพ. หนองคาย	โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026 โทร. : 099-4636565 e-mail :nitayank_2011@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135,661													

ตัวชี้วัดที่ 29	ร้อยละของ ER คุณภาพ ในโรงพยาบาลทุกระดับ
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 29/22/-	การพัฒนาห้องฉุกเฉิน ให้ได้คุณภาพ เป็นหนึ่งในนโยบายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้ในระยะแรก เมื่อ พ.ศ. 2555 - 2557 โรงพยาบาลแต่ละระดับ ทำการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อทราบถึงจุดเด่น และ จุดอ่อน ที่ต้องการปรับปรุง โดย ยึด ตาม แนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12 ประเด็น ทั้งนี้ โรงพยาบาล จะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นให้ประเมินอย่างใดก็ตามข้อมูลที่ได้ เป็นเพียงแนวทางในการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉินในภาพรวม จากข้อคิดเห็นของคณะกรรมการได้เสนอให้ มีแนวทางในการประเมิน ระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน ในเชิงลึก เพื่อให้ ง่ายต่อการพัฒนางานฯ และทราบถึงปัญหาอุปสรรคของห้องฉุกเฉินแต่ละระดับ รวมทั้งทาง สรพ. (สถาบันพัฒนาคุณภาพ) ได้ร่วมมือกับกรมการแพทย์ ภายใต้ Service plan trauma & emergency ในการนำร่องการพัฒนาตัวชี้วัด ER คุณภาพ ใน ช่วงปี พ.ศ. 2558-2561 ตัวชี้วัดจะ เน้นใน 3 มิติ คือ มิติที่ 1 มิติการบริการและนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็นความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการ คือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษายาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานของห้องฉุกเฉินจัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และสถาบันพัฒนาคุณภาพ)นอกจากนี้ เพื่อให้ สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดี ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดี
วิธีการประเมิน	ทีมประเมินจังหวัด ดังนี้ 1.คณะกรรมการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงข้อเด่น และข้อด้อยของการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน 2.คำนวณค่าคะแนนตามแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษายาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ เน้นใน 3 มิติ ***แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษายาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์***จัดส่งทางไลน์.ER / เมล์ของจนท.หรือหน่วยงานERแต่ละรพ...หรือติดต่อผู้รับผิดชอบ
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560

รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพระดับดี					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (A)				
	1	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพระดับดี ร้อยละ 60				
	2	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพระดับดี ร้อยละ 70				
	3	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพระดับดี ร้อยละ 80				
	4	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพระดับดี ร้อยละ 90				
	5	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพระดับดี ร้อยละ 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ โรงพยาบาล	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (A)				
	1	มีการดำเนินการพัฒนาระบบงานห้องฉุกเฉิน				
	2	ผ่านเกณฑ์ประเมิน ระดับปรับปรุง				
	3	ผ่านเกณฑ์ประเมิน ระดับพอใช้				
	4	ผ่านเกณฑ์ประเมิน ระดับดี				
	5	ผ่านเกณฑ์ประเมิน ระดับดีมาก				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง มีระบบ ER คุณภาพ		ร้อยละ	NA	NA	NA
เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานการรักษายาบาลฉุกเฉิน กรมการแพทย์ 2) แบบสรุปผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 3) แผนการพัฒนางานระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน และรายงานผลการประเมินต่อผู้บริหาร					
ผู้รับผิดชอบ	1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com			
	2.นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com			
	3.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com			
	งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองคาย		โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026 โทร. : 099-4636565			
	4.นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ		e-mail :nitayank_2011@hotmail.com			
	กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รพ. หนองคาย		โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135,661			

ตัวชี้วัดที่ 30	ร้อยละ ของผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และ Fast track CPR มาด้วยระบบ EMS
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 3
คำอธิบาย 30/23/-	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มาโรงพยาบาลด้วยระบบ EMS น้อยมาก เฉลี่ยทั่วประเทศ ไม่ถึง 10%จังหวัดหนองคายเฉลี่ยร้อยละ12.81 ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มากขึ้นน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ง่ายและรวดเร็ว ซึ่งการบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ต้องอาศัยกลไกสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไป รู้จักการแจ้งเหตุผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เนื่องจาก ผู้ป่วยสีแดง สีชมพู มีโรคที่เกี่ยวข้องหลายโรค โดยเฉพาะโรคที่เป็นโรคที่มีเวลาเป็นตัวแปรสำคัญต่อผลลัพธ์ของการรักษาคือSTEMI,Stroke,Trauma CPR ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ “ สีแดง ” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างเฉียบพลัน ใช้สัญลักษณ์ “ สีแดง ” ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน “ สีชมพู ” ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ใช้สัญลักษณ์ “ สีชมพู ” 3.ผู้ป่วย Fast track คือ ผู้ป่วยที่มารพ.ด้วยอาการต่อไปนี้ 1. สมองขาดเลือดจากเส้นเลือดในสมองตีบตัน(Stroke) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เช่นหลอดเลือดสมองตีบ ตันหรือหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้สมองบางส่วนสูญเสียหน้าที่ และระยะเวลาที่ดำเนินของโรคไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักแสดงอาการ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงร่วมด้วย 2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevation Myocardial Infarction:STEMI) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของหัวใจและอาจทำให้เกิดอาการตายของกล้ามเนื้อหัวใจร่วมด้วย 3. ภาวะบาดเจ็บทางสมองจากการได้รับอุบัติเหตุ(Head Injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่กระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดบาดเจ็บต่อ หนึ่งศีรษะ กะโหลกศีรษะ สมอง และเส้นประสาทสมอง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง 4.ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำ CPR
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และFast track CPRที่ได้รับการปฏิบัติการดูแลนำส่ง โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน(EMS)

เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30					
วิธีการประเมิน	1.ประเมินจากโปรแกรม ITEMS รายงานผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉินในผู้ป่วยเร่งด่วน และวิกฤต (สีแดงและสีชมพู fast track CPR) ที่ได้รับปฏิบัติการโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล 2.ประเมินจากรายงาน ER,EMS คุณภาพ(รายงานจำนวนผู้ป่วยสีแดงและสีชมพู fast track CPR ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER)					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และFast track CPRที่ได้รับปฏิบัติการดูแลนำส่ง โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน(EMS) (ไม่รวม Refer)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และFast track CPRที่มาโรงพยาบาล ทั้งหมด (ไม่รวม Refer)					
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และ Fast track CPR มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 10				
	2	ผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และ Fast track CPR มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 15				
	3	ผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และ Fast track CPR มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 20				
	4	ผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และ Fast track CPR มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 25				
	5	ผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และ Fast track CPR มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 30				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยสีแดง สีชมพู และFast track CPR ที่ได้รับปฏิบัติการโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (EMS)		ร้อยละ	NA	NA	12.81

เอกสารอ้างอิง	1.โปรแกรม ITEMS รายงานผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉินในผู้ป่วยเร่งด่วนและวิกฤต (สีแดงและสีชมพู fast track CPR) ที่ได้รับปฏิบัติการโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล 2.รายงาน ER,EMS คุณภาพ(รายงานจำนวนผู้ป่วยสีแดงและสีชมพู fast track CPR ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER)	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 4.นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รพ.หนองคาย	โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026 โทร. : 099-4636565 e-mail : nitayank_2011@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135,661

ตัวชี้วัดที่ 31	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)				
หน่วยวัด	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma)				
น้ำหนัก	ร้อยละ 3				
คำอธิบาย 31/24/-	การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ ขึ้นกับกลไกของ ความรุนแรงที่เกิด อาจพบการเสียชีวิต ตั้งแต่ ก่อนถึงโรงพยาบาลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล หรือ เมื่อถึง โรงพยาบาลแล้ว จาก ข้อมูลที่เคยรวบรวม ส่วนใหญ่ เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (PS) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (เอกสารแนบนิยาม Multiple injuries) อย่างไรก็ตาม เพื่อลด ความสูญเสีย การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ กรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกเฉือนวิกฤติจากการบาดเจ็บ ได้รับบริการการแพทย์อย่างรวดเร็ว ทัวถึงและ ปลอดภัย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่รับเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกรายที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75				
เป้าหมาย	< ร้อยละ 1				
วิธีการประเมิน	1. โปรแกรมฐานข้อมูล ISWIN 2. โปรแกรมฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 และเสียชีวิต				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือ เท่ากับ 0.75				
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) < ร้อยละ 5			
	2	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) < ร้อยละ 4			
	3	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) < ร้อยละ 3			
	4	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) < ร้อยละ 2			
	5	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) < ร้อยละ 1			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) (รพ.ทั่วไป)	ร้อยละ	NA	0.25	0.19
เอกสารอ้างอิง	1.โปรแกรมฐานข้อมูล ISWIN 2.โปรแกรมฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				

ผู้รับผิดชอบ	1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 4.นางสำเนียง จันทรรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 5.นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รพ.หนองคาย	โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026 โทร. : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com โทร. : 099-4636565 e-mail nitayank_2011@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661
--------------	--	--

สสจ.หนองคาย