



คู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ 2560

ระดับ รพ.สต.

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)	19
มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์	21
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	21
2. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	25
3. ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	29
4. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน	31
5. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	33
6. พื้นที่ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรือโรคอุจจาระร่วง	35
7. ร้อยละคะแนนทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานของกรมควบคุมโรค	36
8. อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.	38
9. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	39
มิติที่ 2 คุณภาพ	41
10. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	41
11. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลศักยภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	43
12. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	46
13. โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	52
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ	54
14. หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	54
15. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด	58
มิติที่ 4 พัฒนาองค์กร	61
16. หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	61
17. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้	65
18. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place)	67
19. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์	69
20. ร้อยละ KPI 5 Goal setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	71

	หน้า
ตัวชี้วัด กลุ่มวัย (น้ำหนักร้อยละ 10)	73
1.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	75
1.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	77
2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย	79
3. อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน	83
4. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี	85
5. ร้อยละตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	87
6. ร้อยละของ healthy aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2559	90
ตัวชี้วัด Service Plan (น้ำหนักร้อยละ 30)	97
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	99
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	101
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1	102
4. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	105
5. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	108
6. ร้อยละ 80 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา	111
7. ร้อยละของ รพ.สต. มีการจัด CKD Corner	113
8. ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา	115
9. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม	117
10. เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	119
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 พัฒนาคน ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมให้เป็นเมืองน่าอยู่

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคม สาธารณสุข และการศึกษา

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการให้บริการประชาชนสู่มาตรฐานสากล

กลยุทธ์ที่ 1 การเสริมสร้างการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพจังหวัดหนองคาย

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 ทุติยภูมิ 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 ทุติยภูมิ 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 ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ

- กลยุทธ์ : 1. พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ 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 ป้องกันโรคเริม โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ	1. พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคเริม 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อ 3. พัฒนาระบบควบคุม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน	1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคเริม โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุลดลง
2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ	1. พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิตามมาตรฐาน 2. พัฒนาระบบบริการทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 3. พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan	2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
3. ส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน	1. ส่งเสริมตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. ให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน 2. พัฒนาคุณภาพอาหารสด อาหารแปรรูป ได้มาตรฐานตามที่กำหนด 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง 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

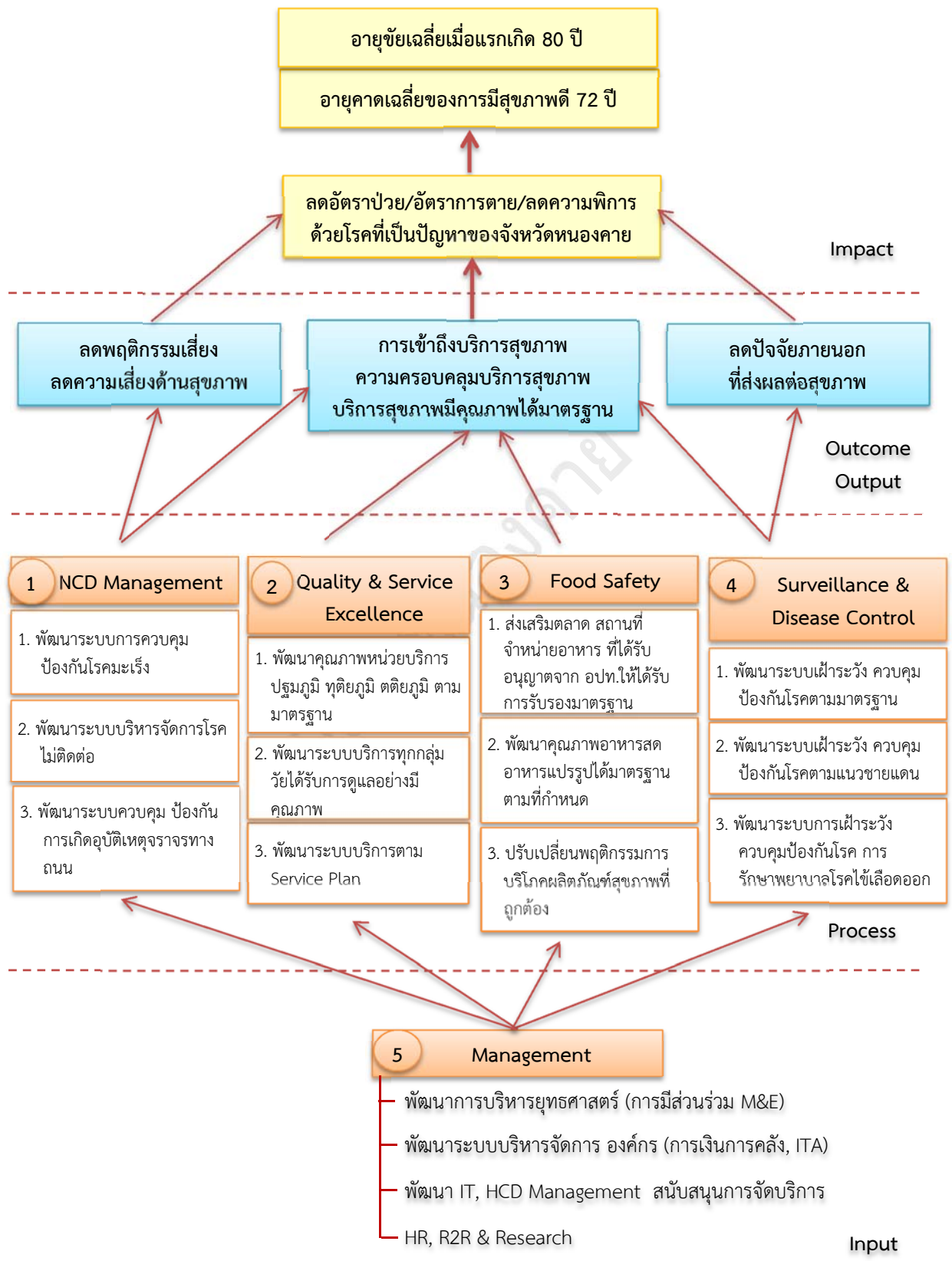
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
2. อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับลดลง
3. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง NCD ระดับดีมาก-ดีเยี่ยม (4-5 คะแนน)
4. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
5. ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ
6. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 14 ต่อแสน ปชก.
7. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน
8. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
9. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง
10. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง
11. จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR2005 12 เป้าหมาย
12. อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ 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. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)
23. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน 8PA ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
24. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง HA
25. ร้อยละหน่วยบริการผ่านการรับรอง 2P Safety
26. ร้อยละของหน่วยบริการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
27. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
28. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ไม่มีภาวะวิกฤติระดับ 7
29. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป
30. หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)
31. ร้อยละการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 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
ตามกรอบการพัฒนาาระบบสุขภาพจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560



แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy map)

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

คำนิยามรวม : **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. ระหว่าง เดือนธันวาคม 2559 - เดือนมกราคม 2560

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

ครั้งที่ 1 ในเดือน มกราคม 2560

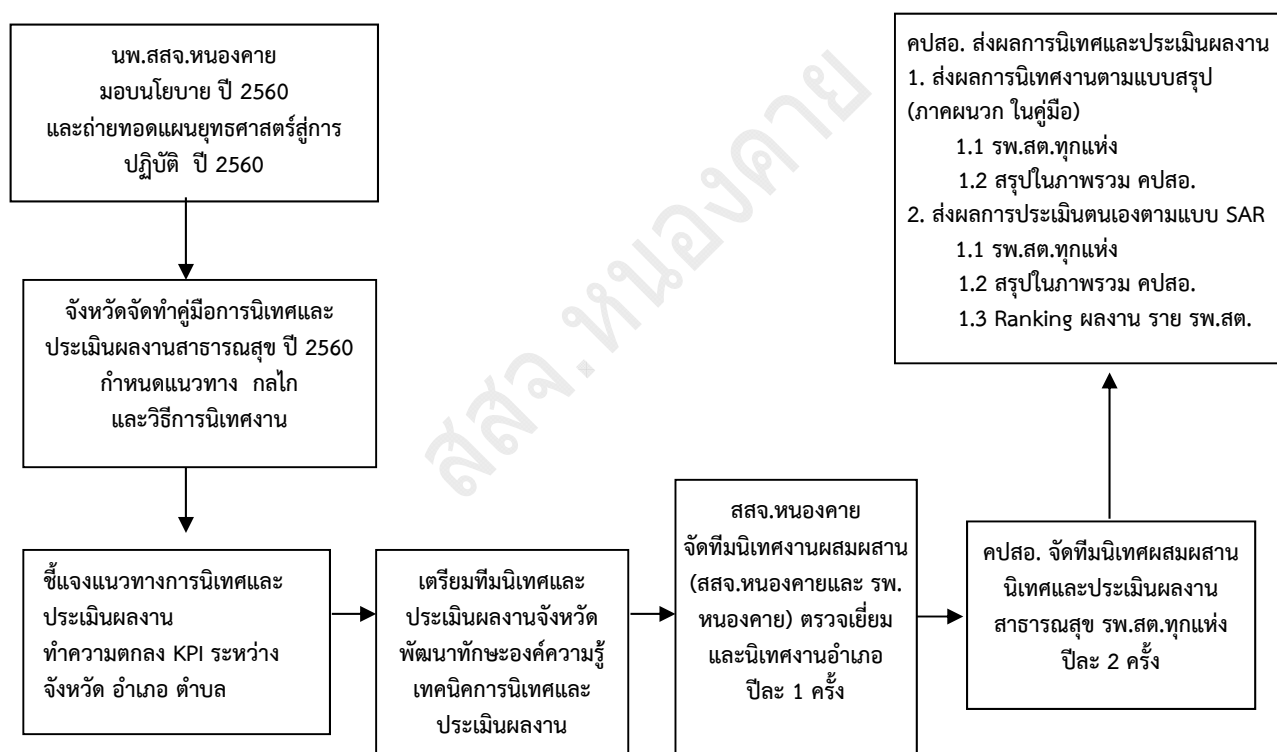
ครั้งที่ 2 ในเดือน มิถุนายน 2560

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.

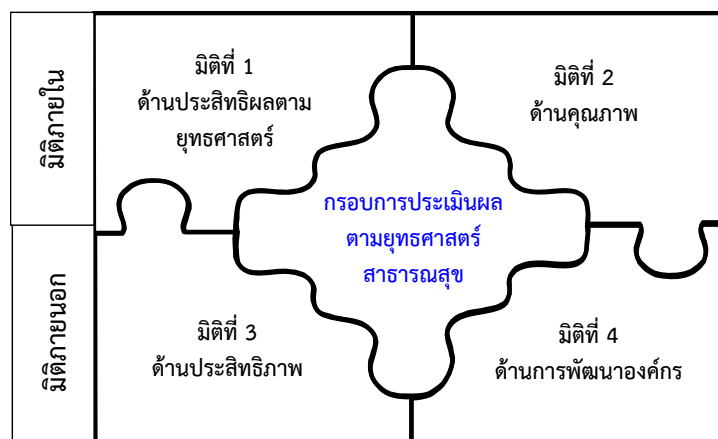
6. สสจ.หนองคาย สรุปผลการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข นำเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดแนวทางการปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป

กลไกและวิธีการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข



4) กรอบการประเมินผล

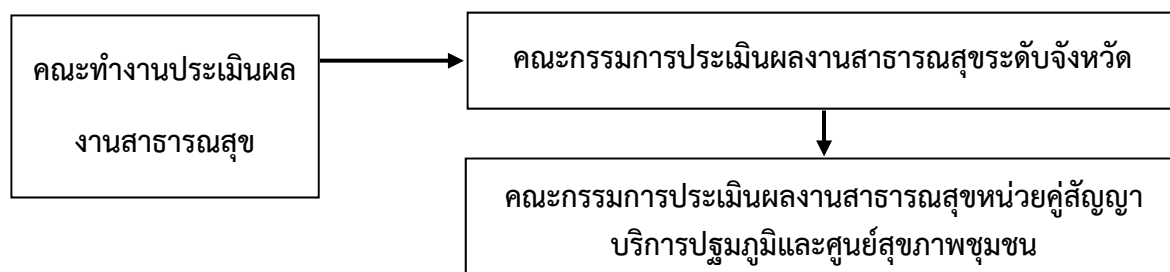
ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้กำหนดกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของสำนักงาน ก.พ.ร.ให้อยู่ภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ดังนี้



สำหรับรายละเอียดของกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุขแยกตามมิติ ดังนี้

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

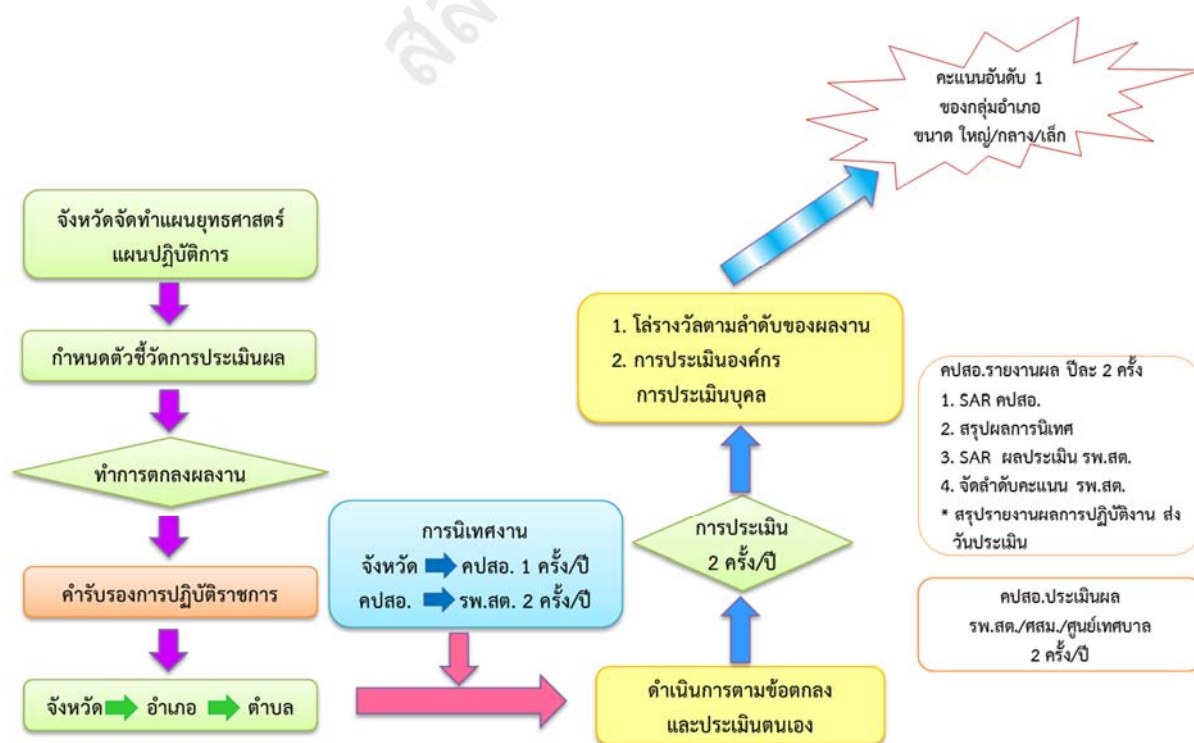
5) บทบาทและองค์ประกอบของการประเมินผล



6) ขั้นตอนการนิเทศงาน และประเมินผลงานสาธารณสุข

ว/ด/ป	กิจกรรม
20 ต.ค.59	ทำความเข้าใจตัวชี้วัดที่ม.จังหวัดและที่ม.อำเภอ ตำบล
8 พ.ย.59	การประชุมมอบนโยบายการพัฒนางาน & การชี้แจงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ & 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	อำเภอ นิเทศ และ ประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 1
ภายใน 24 ก.พ.60	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง (SAR) รพ.สต./ คปสอ.
6-10 มี.ค.60	จังหวัด ประเมินผลงานอำเภอ รอบที่ 1
3-21 ก.ค.60	อำเภอ ประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 2
ภายใน 26 ก.ค.60	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง
7-11 ส.ค.60	จังหวัด ประเมินผลงานอำเภอ 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
		โพธิ์พิสัย	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

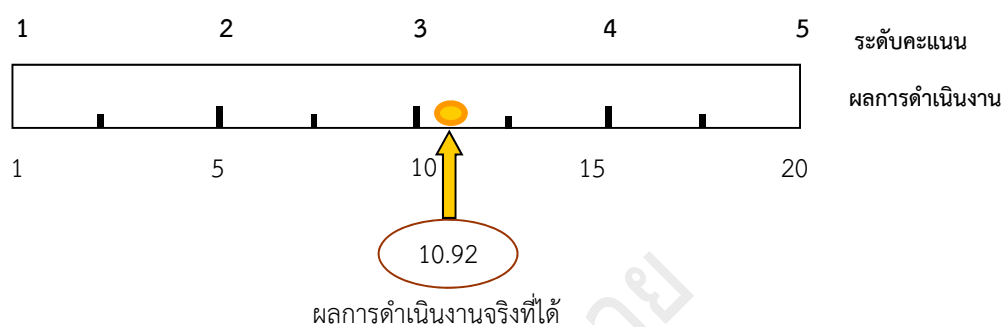
ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังอำเภอ ก 26.20

อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ $\frac{(26.20-23.35) \times 100}{26.20} = 10.92$

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

สูตรคำนวณ ร้อยละความสำเร็จของการรักษาวัณโรค

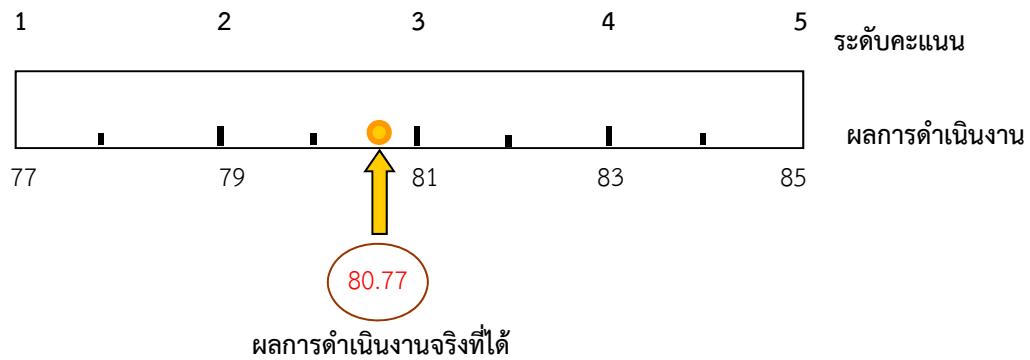
$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาครบตามเกณฑ์} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด (คน)}}$

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 2559

สำหรับ ระดับ รพ.สต.

ตัวชี้วัด ตามประเด็นยุทธศาสตร์ (น้ำหนักร้อยละ 60)

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่ 1 ประสิทธิผล ตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 55) 5/4/3 7/6/4 9/8/5 10/9/6 12/10/7 16/14/8 17/15/9	1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 1/1/1	100%	80%	6
	2. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน 4/3/2	85.56%	90%	7
	3. ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	78.92%	65%	6
	4. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน	-	100%	6
	5. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	อาหาร 92.14%	70%	6
	6. พื้นที่ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรือโรคอุจจาระร่วง	ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาด	ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาด	6
	7. ร้อยละคะแนนทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานของกรมควบคุมโรค	94.44%	100%	6
	8. อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.	-	95%	6
	9. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	HI<10 95.68% CI=0 100%	HI<10 95% CI=0 100%	6
มิติที่ 2 คุณภาพ (ร้อยละ 15) 26/24/12 27/25/13	10. รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ 20/18/10	-	5 หมวด	4
	11. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลศักยภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.) 22/20/11	-	50%	4
	12. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	88.89%	100%	3.5
	13. โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	-	100%	3.5
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)	14. หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป 29/27/14	100%	100%	5
	15. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด 32/30/15	-	100%	5
มิติที่ 4 พัฒนาองค์กร (ร้อยละ 20) 35/33/18 36/34/19 38/36/20	16. หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 33/31/16	-	100%	6
	17. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ 34/32/17	-	50%	2
	18. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place)	-	50%	2
	19. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์		5 ขั้นตอน	4
	20. ร้อยละ KPI 5 Goal setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด		75%	6

ตัวชี้วัด กลุ่มวัย (น้ำหนักร้อยละ 10)

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด		Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
1) MCH	1.1	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	51.42%	70%	15
	1.2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	75.47%	70%	15
	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) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			20
		ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพ Long Term Care ระดับดีมากขึ้นไป	ระดับดี 98.3%	50%	(10)
		ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ	77.42%	70%	(10)
	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	1.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้			
		ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ		5%	5
		ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ	-7.59%	5%	5
	2.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	97.12%	90%	10
2. RDU	3.	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล 4/4/3	-	80%	10
5. Palliative Care	4.	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 7/6/4	-	50%	10
6. แพทย์แผนไทย	5.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน 8/7/5	25.86%	18.5%	10
7. สุขภาพจิต และยาเสพติด	6.	ร้อยละ 80 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา 12/10/6	93.31%	90%	10
11. โรคไต	7.	ร้อยละของ รพ.สต. มีการจัด CKD Corner 21/15/7	-	80%	10
12. จักษุวิทยา	8.	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา 23/17/8	80.50%	75%	10
13. สุขภาพช่องปาก	9.	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม 24/18/9	80.26%	60%	10
	10.	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) 25/19/10	53.06%	52%	10

ตัวชี้วัด ตามประเด็นยุทธศาสตร์

สสจ.หนองคาย

มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัดที่ 1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี												
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 6												
คำอธิบาย 1/1/1	การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดงมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) 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 ได้รับการตรวจอุจจาระ ทุกราย 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	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)												

B :จำนวนสถานบริการในสังกัดทั้งหมด

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)*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 รพ.สต.มีการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน (คะแนนเต็ม 10) โดยมีกิจกรรมอย่างน้อย ดังนี้ ข้อที่ 4.1 รพ.สต.มีการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน ข้อที่ 4.2 มีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ ร้านค้า แผงลอย ในรูปแบบต่างๆ เช่น อย่างต่อเนื่อง ข้อที่ 4.3 มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อที่ 4.4 มีธรรมนูญสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ข้อที่ 4.5 มีโรงเรียนที่นำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปปรับใช้ในโรงเรียนอย่างน้อย 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 และมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 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 11-15
	2	คะแนนรวม 16-20
	3	คะแนนรวม 21-25
	4	คะแนนรวม 26-30
	5	คะแนนรวม 31-35
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี (Isan Cohort) 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 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	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ 7
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 และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ได้รับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (20 คะแนน) 5. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 (20 คะแนน) 6. มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (10 คะแนน) ชมรมสร้างสุขภาพ หมายถึง ชมรมหรือกลุ่มบุคคล 20 คนขึ้นไป ที่มีความสนใจด้าน สุขภาพและสมัครลงทะเบียนเป็นชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุขภาพของชุมชน ชมรมสร้างสุขภาพระยะเริ่มต้น หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพที่จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่าง ใดอย่างหนึ่งแต่ยังไม่ได้พัฒนาเข้าเกณฑ์ ระดับ 1, 2 หรือ 3 ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. ชมรมออกกำลังกาย คือ ชมรมที่มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างเดียว 2. ชมรมอื่นๆ คือ ชมรมที่มีการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพต่างๆ เช่น อาหาร ดูแลสิ่งแวดล้อม นวดแผนไทย ปลูกผักปลอดสารพิษ ทำปุ๋ยชีวภาพ ทำการเกษตรแบบธรรมชาติ เป็นต้น ระดับที่ 1 หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพมีการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพให้แก่สมาชิก 1.1 จัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที) 1.2 จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพในเรื่อง การออกกำลังกาย การ บริโภค อาหารที่สะอาด ปลอดภัย และได้คุณค่าเหมาะสมตามวัย ระดับที่ 2 หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดกิจกรรมในระดับ 1 และเพิ่มกิจกรรม 1. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะเพิ่มในเรื่อง อารมณ์ 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. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงสู่ประเมินชมรมสร้างสุขภาพ 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>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>3</td><td>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการขององค์กรไร้พุง การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพบุคลากรในองค์กร และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา</td></tr><tr><td>6</td><td>มีแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพ โดยระบุกิจกรรมจัดตั้งองค์กรไร้พุง แนวทางการดำเนินงานและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อโรคเรื้อรัง</td></tr><tr><td>9</td><td>มีการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผนงาน/โครงการร่วมกับองค์กร</td></tr><tr><td>12</td><td>มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส</td></tr><tr><td>15</td><td>บุคลากรที่มีค่า BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI และหรือรอบเอวลดลง $\geq 10\%$</td></tr></table> <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>				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 $\geq 10\%$	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 $\geq 10\%$																																																															
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 และหรือรอบเอวเกิน สามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 1	ร้อยละ 1
8	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกิน สามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2
12	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกิน สามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3
16	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกิน สามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4
20	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกิน สามารถลด 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	-	-	85.56	
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 รียะบุตร	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 3	ร้อยละของประชาชน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ									
หน่วยวัด	ร้อยละ									
น้ำหนัก	ร้อยละ 6									
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)									
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ต.ค.59 - ก.พ.60 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) x 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				
						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					
- อบอวปกติ 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 <u>ประเมินรอบที่ 1</u> ใช้ข้อมูลช่วงเดือน ต.ค.59 - มี.ค.60 <u>ประเมินรอบที่ 2</u> ใช้ข้อมูลช่วงเดือน ต.ค.59 - ก.ค.60 3. สรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ 4. ข้อมูล 43 แฟ้ม 5. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน					
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย			โทร. 08 3144 6566		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123		

ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละ 100 ของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 6
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 ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับบริโภค ณ ที่นั้นหรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม ในที่นี้หมายรวมถึงสถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะด้วย ซึ่งได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2.1 สถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ หมายถึง สถานที่จำหน่ายสินค้าด้านอาหาร ซึ่งตั้งอยู่บนทางที่มิใช่เป็นของเอกชนและประชาชนสามารถใช้ประโยชน์หรือใช้สัญจรได้ ครอบคลุมพื้นที่เป็นสวนสาธารณะ ถนนหนทาง ทางเท้าและทางน้ำ ที่ประชาชนสัญจรไปตามปกติ ที่อยู่นอกเขตที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศเป็นเขตห้ามจำหน่ายสินค้าด้านอาหาร 3. ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับแจ้ง จากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามเทศบัญญัติหรือข้อกำหนดของท้องถิ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 4. ได้รับการรับรองมาตรฐาน หมายถึง ได้มาตรฐานตามที่กำหนด โดยได้รับการตรวจจากคณะทำงานตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร 5. มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกำหนด 6. คณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง คณะกรรมการตามคำสั่งจังหวัดหนองคายตามที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายแต่งตั้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เป้าหมาย	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	$(C/D) \times 100$

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	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				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 จันทร์แสง นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทร. 084-389-1411		
	3.นายไชยวุฒิ ชัยชมภู นวก.สาธารณสุขชำนาญการ			โทร. 087-425-6625		
	4.นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์ เกษตรกรปฏิบัติการ			โทร. 080-184-1207		
	งานส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย			โทร. 0-4246-5064-70 ต่อ 102		

ตัวชี้วัดที่ 5	ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง																							
หน่วยวัด	ร้อยละ																							
น้ำหนัก	ร้อยละ 6																							
คำอธิบาย 9/8/5	หน่วยบริการ สุ่มสำรวจพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (ใช้แบบสอบถามของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย (ใช้แบบสอบถามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย) โดยเจ้าหน้าที่และอสม.นำไปสอบถามประชาชนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร ยามาเน่ และสรุปผลเป็นภาพรวมราย คปสอ. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการเลือกซื้อ เลือกบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรค โดยขึ้นกับเรื่องที่รณรงค์ตามแผนงานและโครงการในแต่ละปี ด้วยแบบสำรวจพฤติกรรมที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย 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	$(A1/B) \times 100$ $(A2/B) \times 100$																							
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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 border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>92.14</td></tr> <tr> <td>2.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>92.14</td></tr> </tbody> </table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2556	2557	2558	1.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง	ร้อยละ	-	-	92.14	2.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	ร้อยละ	-	-	92.14					
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																				
		2556	2557	2558																				
1.ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง	ร้อยละ	-	-	92.14																				
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 รียะบุตร	โทร. 0 897146494																						
	นางปิยะมาศ ปรีชาภูก	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 6	พื้นที่ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรือโรคอุจจาระร่วง																		
หน่วยวัด	จำนวนเหตุการณ์																		
น้ำหนัก	ร้อยละ 6																		
คำอธิบาย 10/9/6	1. โรคอาหารเป็นพิษ (ICD-10 : A05) หมายถึง อาการป่วย(คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง) อาจมีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำร่วมด้วย ร่วมกับประวัติการกินอาหารหรือน้ำ ยกเว้นพิษที่เกิดจาก 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. เหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ (Outbreak) หมายถึง กรณีพบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามโรคอาหารเป็นพิษ ตั้งแต่ 20 รายขึ้นไป และเกิดหลังจากรับประทานอาหารจากแหล่งร่วมในช่วงเวลาสั้นๆ หรือมีประวัติเชื่อมโยงกัน (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2546) 4. เหตุการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วง (Outbreak) หมายถึง กรณีที่พบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามโรคอุจจาระร่วง มากผิดปกติในช่วงใดช่วงหนึ่ง (5 รายขึ้นไป) : นิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2546)																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ																		
เป้าหมาย	ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง																		
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน CUP																		
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2560																		
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2560																		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 2 เหตุการณ์</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 1 เหตุการณ์</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ไม่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 2 เหตุการณ์	3	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 1 เหตุการณ์	5	ไม่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง										
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																		
1	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 2 เหตุการณ์																		
3	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 1 เหตุการณ์																		
5	ไม่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง																		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<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>จำนวนเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ</td><td>เหตุการณ์</td><td>5 เฝ้าไร่ 1 โพนพิสัย 2 สังคม 2</td><td>7 เฝ้าไร่ 3 สังคม 1 เมือง 1 รัตนวาปี 1 โพธิ์ตาก 1</td><td>0</td></tr> <tr> <td>จำนวนเหตุการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วง</td><td>เหตุการณ์</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	จำนวนเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ	เหตุการณ์	5 เฝ้าไร่ 1 โพนพิสัย 2 สังคม 2	7 เฝ้าไร่ 3 สังคม 1 เมือง 1 รัตนวาปี 1 โพธิ์ตาก 1	0	จำนวนเหตุการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วง	เหตุการณ์	-	-	-
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2557	2558	2559															
จำนวนเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ	เหตุการณ์	5 เฝ้าไร่ 1 โพนพิสัย 2 สังคม 2	7 เฝ้าไร่ 3 สังคม 1 เมือง 1 รัตนวาปี 1 โพธิ์ตาก 1	0															
จำนวนเหตุการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วง	เหตุการณ์	-	-	-															
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลรายงาน 506 , ทะเบียนรับแจ้งข่าว , รายงานสอบสวนโรค , คู่มือนิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546																		
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702																	
	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 136																	
	นางศิริพร มาผิว	โทร. 08 1964 6835																	
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 116																	

ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละคะแนนทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานของกรมควบคุมโรค													
หน่วยวัด	ร้อยละ													
น้ำหนัก	ร้อยละ 6													
คำอธิบาย 12/10/7	ทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล หมายถึง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของ รพ.สต. ที่ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา อสม. อปท. และกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร “การเฝ้าระวังเหตุการณ์” เกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของกรมควบคุมโรค หมายถึง รพ.สต. มีการดำเนินงานตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นทีม (2 ตัวชี้วัด) ด้านความพร้อม (1 ตัวชี้วัด) ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน (3 ตัวชี้วัด) และด้านผลงาน (5 ตัวชี้วัด) รวม 11 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 21 ตัว ระดับดี 17 ตัว)													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.ในจังหวัดหนองคาย													
เป้าหมาย	ร้อยละ 100													
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง , สสอ.ตรวจสอบ รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสอ. , สสจ.													
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													
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT เครือข่ายระดับตำบล													
รายการข้อมูล 2	B : ผลรวมตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมดที่ประเมินมาตรฐาน SRRT เครือข่ายระดับตำบล													
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับตำบล	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 60	2	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 70	3	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 80	4	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 90	5	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 60													
2	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 70													
3	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 80													
4	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 90													
5	คะแนนทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ SRRT เครือข่ายระดับตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานของกรมควบคุมโรค (ปี 2559 สุ่มประเมินอำเภอละ 2 รพ.สต.)</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>19.51 (16 ใน 82)</td><td>94.44 (17 ใน 18)</td></tr> </tbody> </table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ร้อยละ SRRT เครือข่ายระดับตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานของกรมควบคุมโรค (ปี 2559 สุ่มประเมินอำเภอละ 2 รพ.สต.)	ร้อยละ	-	19.51 (16 ใน 82)	94.44 (17 ใน 18)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ										
		2557	2558	2559										
ร้อยละ SRRT เครือข่ายระดับตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานของกรมควบคุมโรค (ปี 2559 สุ่มประเมินอำเภอละ 2 รพ.สต.)	ร้อยละ	-	19.51 (16 ใน 82)	94.44 (17 ใน 18)										
เอกสารอ้างอิง	หนังสือ “แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล” ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กันยายน 2555													
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล โทร. งาน..... กลุ่มงาน..... โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ xxx													

รายการตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน B = Basic requirement (21 ตัวชี้วัด)

1. มีคำสั่งแต่งตั้งทีม ที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ 80 ขึ้นไป
2. สมาชิกทีมมีจำนวนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ประกอบด้วยเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 องค์กร
3. แกนหลักของทีมเป็นผู้ปฏิบัติงานระดับอาชีวศึกษา (เผ่าระวัง, สอบสวนโรค)
4. สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไปได้รับการฝึกอบรมการเฝ้าระวังเหตุการณ์ หรือสูงกว่า
5. มีหมายเลขโทรศัพท์ หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทั้งหมดได้ตลอดเวลา เพื่อรับส่งข้อมูลข่าวสาร หรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน
6. มีคู่มือ และแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อการสอบสวนและควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด
7. มียานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที
8. มีการกำหนดรายชื่อโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของทีม (Priority diseases)
9. มีการกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบ
10. มีการจัดทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญ
11. มีการแจ้งเตือนภัย การส่งข่าว หรือรายงานเบื้องต้น
12. มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการออกสอบสวนโรค ควบคุมการระบาดหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสาธารณสุข
13. มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ครบถ้วน
14. ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรค
15. ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้
16. สื่อสารให้ชุมชนเข้าใจสถานการณ์ และร่วมมือควบคุมการระบาดได้
17. ผลงานการตรวจสอบและแจ้งเตือนและรายงานเหตุการณ์ทันเวลา
18. ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค/ภัย/เหตุการณ์ผิดปกติ
19. ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนโรค/ภัย/เหตุการณ์ผิดปกติ และการควบคุมเบื้องต้น
20. ผลงานด้านความรวดเร็วของการสอบสวนโรค/ภัย/เหตุการณ์ผิดปกติ (Response time)
21. ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค/ภัย/เหตุการณ์ผิดปกติ

ตัวชี้วัดที่ 8	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.					
หน่วยวัด	อัตรา					
น้ำหนัก	ร้อยละ 6					
คำอธิบาย 16/14/8	1. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีผล Smear เป็นพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา 2. การกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.เป็นผู้กำกับกับการกินยาผู้ป่วยต่อหน้าทุกวัน					
เป้าหมาย	ร้อยละ 95					
วิธีการประเมิน	1.บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม TBCM) 2. สุ่มประเมินการกินยาต่อหน้าของผู้ป่วยวัณโรค โดยทีมอำเภอและจังหวัด 3. บันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค พร้อมภาพกิจกรรม					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงาน (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2559) รอบที่ 2 : ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงาน (เดือนตุลาคม 2559-มิถุนายน 2560)					
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.					
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน					
สูตรคำนวณ	A / Bx100					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 75				
	2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 80				
	3	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 85				
	4	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 90				
	5	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 95				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			วัด	2557	2558	2559
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ			-	-	-
เอกสารอ้างอิง	ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค โปรแกรม TBCM					
ผู้รับผิดชอบ	1.นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115			
	2.นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 086-630-9111			
	กลุ่มงานควบคุมโรค สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 132			

ตัวชี้วัดที่ 9	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 6														
คำอธิบาย 17/15/9	เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน ได้ดำเนินการลดศักยภาพการ แพร่กระจายโรคไข้เลือดออก โดยการลดความชุมชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ค่า HI หมายถึง ร้อยละหลังคาเรือน / ชุมชน / หมู่บ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ค่า CI หมายถึง ร้อยละภาชนะที่มีน้ำขังที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย รพ.ของรัฐ หมายถึง รพท. , รพช. , รพ.สต.														
เป้าหมาย	1. จำนวนชุมชน / หมู่บ้านทั้งหมด ที่มีค่า $HI \leq 10$ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92 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 ใน รพท./รพช./รพ.สต. E : จำนวนภาชนะที่มีน้ำขังที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย F : จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด														
สูตรคำนวณ	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน = $(A/B) \times 100$ ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด. = $(C/D) \times 100$ ค่า CI ใน รพท./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 ใน รพท./รพช./รพ.สต.																											
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																										
	0	พบลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่สำรวจ																										
5	ไม่พบลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่สำรวจ																											
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>ค่า HI (บ้าน)</td><td>ร้อยละ</td><td>92.38</td><td>93.62</td><td>95.68</td></tr><tr><td>ค่า CI (ร.ร.,วัด,ศพด.)</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>ค่า CI (รพท.,รพช.,รพ.สต.)</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					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
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																									

มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ 10	รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ 4																
คำอธิบาย 20/18/10	การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ เกณฑ์ชี้วัดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี เกณฑ์ชี้วัดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็น 4 PA เกณฑ์ชี้วัดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เกณฑ์ชี้วัดที่ 4 กาจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย เน้นประเด็น 4PA เกณฑ์ชี้วัดที่ 5 ผลลัพธ์ เน้นประเด็น 4PA เกณฑ์ให้คะแนน หมายถึง รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คะแนน รพ.สต.ติดดาวในแต่ละหมวดทั้ง 5 หมวด รอบที่ 1 รพ.สต.ทุกแห่งผ่านเกณฑ์คะแนน รพ.สต.ติดดาวมากกว่า ร้อยละ 90 ขึ้นไปทุกหมวดใช้ ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ 5 ระดับคะแนน รอบที่ 2 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คะแนน รพ.สต.ติดดาวมากกว่า ร้อยละ 90 ขึ้นไปทุกหมวดไม่น้อยกว่า 20% ของ รพ.สต.ทั้งหมดรับรองโดยทีมจังหวัด																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.ทุกแห่ง																
เป้าหมาย	ระดับจังหวัดและ คปสอ. ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต. <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>20%</td><td>35%</td><td>50%</td><td>75%</td><td>100%</td></tr></table> ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระดับคุณภาพร้อยละ 90 ขึ้นไปทั้ง 5 หมวด					ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	20%	35%	50%	75%	100%		
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564													
20%	35%	50%	75%	100%													
วิธีการประเมิน	1. คปสอ.ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2. รอบที่ 1 คปสอ.ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 1/60 3. รอบที่ 2 ประเมินรับรองระดับ 5 ดาวโดยทีมระดับจังหวัด (ช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2560) ใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 2/60																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ต.ค.59- ก.พ.60 รอบที่ 2 ต.ค.59- ก.ค.60																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 5 ดาว 5 ดี																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/อำเภอ	รอบที่ 1 ใช้ผลจากการประเมินตนเอง <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 80%</td></tr><tr><td>2</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 85%</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 90%</td></tr><tr><td>4</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 95%</td></tr><tr><td>5</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 100%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 80%	2	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 85%	3	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 90%	4	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 95%	5	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 100%
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 80%																
2	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 85%																
3	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 90%																
4	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 95%																
5	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 100%																

ระดับจังหวัด/อำเภอ	รอบที่ 2 รับรองโดยทีมจังหวัด/ทีมเขต (ตรวจราชการปีละ 2 ครั้ง)						
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 1-4%					
	2	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 5%					
	3	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 10%					
	4	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 15%					
	5	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 20%					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับตำบล	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 1 หมวด					
	2	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 2 หมวด					
	3	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 3 หมวด					
	4	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 4 หมวด					
	5	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 90% ขึ้นไป 5 หมวด					
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2557	2558	2559	
ร้อยละของรพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ			ร้อยละ	10.8	1.4	10.8	
รพ.สต.ได้รับการรับรองคุณภาพระดับ 5 ดาวโดยทีมระดับเขต จ.หนองคาย ปี 2557-2559							
ลำดับ		อำเภอ	จำนวนตำบล	หน่วยบริการปฐมภูมิ	คงสภาพ 5 ดาว ปี 59-61	เป้าหมายปี 2560	หมายเหตุ
1		เมือง	16	20	2	4	ปะโค/โพนสว่าง
2		ท่าบ่อ	10	11	2	2	หนองนาง/นาข้า
3		โพนพิสัย	11	15	2	3	ชุมช้าง/วัดหลวง
4		เผ่าไร่	5	8	1	2	อุดมพร
5		รัตนวาปี	5	7		1	
6	ศรีเชียงใหม่	4	7	1	1	พระพุทธบาท	
7	สังคม	5	6		1		
8	สระใคร	3	4		1		
9	โพธิ์ตาก	3	6		1		
		รวม	62	84	8	16	
เอกสารอ้างอิง	เอกสาร Profile หมวด 3,6 เอกสารหมวด 8 (เขตฯ จะมีการปรับลดลงเหลือ 5 หมวด) ผลคะแนนประเมินตนเอง หมวด 1,2,4,5,7						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร				โทร. 09-8586-7190		
	นายกรวิชัย ชัยวัชระ				โทร. 08-9840-0806		
	นายไพรัช เทพาพิน				โทร. 08-6457-7853		
	นายสมพร เจือจันทิก				โทร. 08-9571-1175		
	นายวินภพ พรหมนิवास				โทร. 08-3678-4007		
	นางสาวสุมนา พิสัยพันธุ์				โทร. 08-1708-4576		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 11	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 และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม 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 ตามลำดับชั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ 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>ค่า น้ำหนัก</th><th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว</th><th>ค่า น้ำหนัก</th></tr><tr><td>1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง</td><td>20</td><td>1. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม 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 ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด</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><tr><td colspan="4">รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr></table>	บทบาท อสค.	ค่า น้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่า น้ำหนัก	1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง	20	1. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10	2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10	3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10	รวม	60	4. บำรุงรักษาจิตใจ	10			รวม	40	รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด			
บทบาท อสค.	ค่า น้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่า น้ำหนัก																										
1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง	20	1. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10																										
2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10																										
3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10																										
รวม	60	4. บำรุงรักษาจิตใจ	10																										
		รวม	40																										
รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด																													
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560																												
ประเมินผล	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				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	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				
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		จำนวน	-	-	3,100 (ตำบลละ 50 คน)
	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	-	-	- (ยังไม่มีประเมิน)
	เอกสารอ้างอิง	1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)				
2. หลักสูตร อสค.						
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/						
ผู้รับผิดชอบ		นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 089-5711175	
	งานสุขภาพภาคประชาชน			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 12	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ 3.5	
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.แม่ข่ายตามรายละเอียด	
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		
	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ		ร้อยละ	2557	2558	2559
	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		
	เผ้าไร่	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 กาญจนพุดพิงค์			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 ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม		
3.3	มีเครื่องหมาย มีข้อความครบถ้วนและมีค่าเตือนครบถ้วนตามกฎกระทรวง 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) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		

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 ในกรณีที่ตกลงรถเข็น		
6	สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ		
6.1	เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด		
6.2	พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและ มีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค		
6.3	มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน		
6.4	มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้อาสาสมัครที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้		
6.5	มีรางหรือท่อระบายน้ำเสีย เชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย		
6.6	มีข้อความบนกำแพงหรือป้ายติดผนังที่ชัดเจนว่า “ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ” ไว้ที่ หน้าห้องหรือหน้าอาคาร		
7	การจัดมูลฝอยติดเชื้อ		
7.1	กรณีกำจัดเองต้องได้รับความเห็นชอบจาก อปท.ในพื้นที่ หรือ กรณีไม่ได้กำจัดเองบริษัทเอกชนที่เข้ามาดำเนินการเก็บขนต้องได้รับอนุญาตจาก อปท.ในพื้นที่		
7.2	กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผา มูลฝอยและห้องเผาควันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ หรือใช้ระบบฝังห่อเชื้อด้วยไอน้ำ		
7.3	มีระบบเอกสารควบคุมกำกับการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ(Manifest System) ที่เป็นปัจจุบัน หรือ กรณีกำจัดเองต้องมีทะเบียนควบคุมกำกับการกำจัดที่เป็นปัจจุบัน		
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 <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> มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติก หรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม		
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) 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	ข้อความบนกำแพงหรือป้ายติดผนังสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ” ไว้ที่ หน้าห้องหรือหน้าอาคาร		
5	การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		
5.1	รพ.สต.ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปที่ รพ.แม่ข่ายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง		
5.2	มีทะเบียนควบคุมกำกับกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยบริการที่เป็นปัจจุบันตรวจสอบได้		
คะแนนรวมทั้งหมด			

สภาพปัญหาที่พบ.....

คำแนะนำ/แนวทางการแก้ไขปัญหา

.....

ผลการประเมิน

☐
☐

ผ่าน
ไม่ผ่าน

ลายมือชื่อผู้ประเมิน
 (.....)

ตำแหน่ง

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน/...../.....

ตัวชี้วัดที่ 13	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																								
หน่วยวัด	ร้อยละ																								
น้ำหนัก	ร้อยละ 3.5																								
คำอธิบาย 27/25/13	การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการจัดการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN กิจกรรม GREEN ได้แก่ G : Garbage คือ การจัดการมูลฝอยและการใช้ประโยชน์จากขยะและสิ่งปฏิกูลด้วยหลักการ 3 Rs R : Restroom คือ การจัดการส้วมในสถานบริการให้ได้มาตรฐาน HAS ตลอดจนส่งเสริมพฤติกรรมการ ใช้ส้วมในสถานบริการอย่างถูกต้อง E : Energy คือ ลดการใช้พลังงานและพลังงานทดแทนจากชีวภาพและชีวมวล และลดการใช้พลังงานไฟฟ้าเพื่อประหยัดทรัพยากร E : Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดภาวะโลกร้อน และเชื่อมต่อสุขภาพ โดยเน้นหลัก 5 ส. จัดสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ น่าทำงาน และปลูกต้นไม้เพื่อความร่มรื่น N : Nutrition คือ รมรณรงค์อาหารปลอดภัยและสุขภาพด้วยการบริโภคผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง 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) x 100																								
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><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></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) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	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.	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	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2557	2558
	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital			-	-
เอกสารอ้างอิง	1.เกณฑ์การประเมินสถานบริการสาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN HOSPITAL)				
ผู้รับผิดชอบ	นางอุดมลักษณ์ เชื้อเวียง		โทร. 0959562454		
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 103		

มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 14	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป																																				
หน่วยวัด	ร้อยละ																																				
น้ำหนัก	ร้อยละ 5																																				
คำอธิบาย 29/27/14	หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ สสอ. 1. การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 2. การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 20 ของเดือน 3. 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.งบทูลงยอดเงินฝากธนาคาร</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	รายการตรวจสอบ	คะแนน	คะแนนที่ได้	1.งบทดลอง	1		2.รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1		3.บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	1		4.รายงานวัสดุคงคลัง	1		5.งบทูลงยอดเงินฝากธนาคาร	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.งบทูลงยอดเงินฝากธนาคาร	1																																				
6.ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร	1																																				
7.ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก	1																																				
8.ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่ไม่จัดสรร	1																																				
9.ทะเบียนคุมเงินงบประมาณที่เบิกเงินแล้ว	1																																				
10.ส่งรายงานงบการเงินไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน	1																																				
ผลรวม	10	0																																			

	หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ รพ.สต. 1.การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 2.มีการประชุมร่วมกับแม่ข่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นประจำทุกเดือน 3.ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน 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/สัญญาเช่า</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> 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	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/สัญญาเช่า	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/สัญญาเช่า	1																																				
10.ส่งรายงานงบการเงิน ไม่เกินวันที่ 20 ของเดือน	1																																				
รวมคะแนน 10 ข้อ	10	0																																			
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																																				

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ.	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) การจัดทำรายงานงบ – การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท					
	4.2 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
	4.2.1 การบันทึกบัญชีขั้นต้น					
(1) บัญชีเงินสด						
(2) บัญชีเงินฝากธนาคาร						
(3) ไบโอน						
(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	08 6855 7922
	นางสาวจิฎาภักดิ์ หิระเดช	08 2310 8292
	นางสาววรัญญา สิมมา	08 1260 5977
	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป	0 4241-3233 ต่อ 113, 135

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 15	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ (ระดับที่ 5)
น้ำหนัก	ร้อยละ 5
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 และมีโซ่ผลสุดท้ายของกรกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพด้วยการสร้างบรรยากาศสภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น 3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้ เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมายระเบียบ และกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน “การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด” คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกิจที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นการออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่าง

ต่อเนื่อง 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

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำปีประทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบทานต่อไป

การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผลเป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่า ระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิภาพหรือต้องปรับปรุง

การติดตามประเมินผล หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิภาพของกาควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล

ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิภาพของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้

- พิจารณาวิธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
- กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
- สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
- ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ 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	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวม 74 แห่ง					
เป้าหมาย	ความสำเร็จระดับที่ 5					
วิธีการประเมิน	ดำเนินการนิเทศงานโดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจประเมินผล และการเข้าตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในของหน่วยงาน					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลรอบ 12 เดือนของปีงบประมาณ 2559 – กุมภาพันธ์ 2560					
	รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลรอบ 9 เดือนของปีงบประมาณ 2560					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	การผ่านเกณฑ์แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์					
	เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้					
	ระดับที่	กิจกรรม				
	1	มีผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ร่วมกับคณะทำงานระดับอำเภอ				
	2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน				
	3	การจัดทำรายงานระดับส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน				
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน				
	5	ได้รับการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด		ระดับที่	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งมอบหมาย/แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ควบคุมภายในระดับอำเภอ					
	2. แผนงาน/โครงการพัฒนาระบบควบคุมภายใน, แผนการปรับปรุง					
	3. รายงานการประชุมเจ้าหน้าที่ เรื่องการควบคุมภายใน ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
	4. รายงานผลการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผลการปรับปรุง เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอ					
	5. ข้อมูลความเสี่ยง, แผนปรับปรุงการควบคุมภายในและบริหารจัดการความเสี่ยง					
	6. รายงานความคืบหน้าในการบริหารจัดการความเสี่ยง					
	7. รายงานติดตามและประเมินผลการควบคุมภายใน ตาม แบบ ปย. 1 ปย. 2					
ผู้รับผิดชอบ	1.นายสมศักดิ์ โคตรชมภู		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 16	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 6
คำอธิบาย 33/31/16	ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพ มีศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้องเชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อดูภาระงานของผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ใช้ประโยชน์ได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความจำเป็น โดยไม่เป็นภาระมากเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ โดยกำหนดแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลไว้ดังนี้ 1. กำหนดนโยบายและทิศทางการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ 2. บูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนการนำเอาข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการวางแผนทางยุทธศาสตร์ในทุกระดับ - วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ภาระการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรในระดับปฏิบัติการ - กำหนดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data structure Standard) และมาตรฐานระบบรายงาน (Data Presentation Standard) 3. การจัดตั้ง Health Data Center ในระดับเขตและระดับชาติ 4. การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Infra-structure) เพื่อรองรับการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพระดับชาติ - การพัฒนาระบบการให้บริการระบบคอมพิวเตอร์ แบบ Private Cloud computing - ระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่ายเสมือน (Virtual Server System) 5. การพัฒนาทีมงาน กำลังคน การวิจัย การอบรมด้านระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง 6. การกำหนดมาตรฐานต่างๆ รวมทั้งการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ (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 , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน NK-Report ข้อมูลจากการสำรวจ 43 แฟ้มมาตรฐาน หมายถึง ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน โดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 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
- ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินอีวันทีส่งข้อมูลไป สปสช. (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2559-เดือนกุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2559-เดือนกรกฎาคม 2560)

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

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

รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2557	2558	2559
คะแนนเฉลี่ยที่หน่วยบริการสาธารณสุขทำได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสารสนเทศสุขภาพ	ร้อยละ	86.29	94.12	-

เอกสารอ้างอิง

1. Health Data Center (HDC) และข้อมูลสำรวจ ที่ใช้ในการประเมินผล
2. website สสจ.หนองคาย การตรวจสอบข้อมูลประชากรเข้าซ้อน
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 17	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index)ไปใช้													
หน่วยวัด	ระดับขั้นตอน													
น้ำหนัก	ร้อยละ 2													
คำอธิบาย 34/32/17	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) รายบุคคล คลอบคลุมมากกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนบุคลากรของหน่วยงาน 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													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัด													
เป้าหมาย	5 ระดับ													
วิธีการประเมิน	1.ประเมินจากรายงานของหน่วยงาน													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560													
รายการข้อมูล 1	A = -													
รายการข้อมูล 2	B = -													
สูตรคำนวณ														
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้	2	ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล	3	ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล	4	ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน	5	ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้													
2	ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล													
3	ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล													
4	ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน													
5	ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน													
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>ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้</td><td>ขั้นตอน</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้	ขั้นตอน	-	-	-
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ										
		2557	2558	2559										
ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy work life Index) ไปใช้	ขั้นตอน	-	-	-										

เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูลการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happy work life Index) ไปใช้ 2) รายงานของหน่วยงาน 3)สรุปผลการดำเนินงาน ภาพถ่าย	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ 2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นางชญาภา อุปดิษฐ์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองคาย	โทรศัพท์. : 0956729645 e-mail : vella_max@hotmail.com โทรศัพท์. : 0834151965 e-mail : jitnk127@gmail.com โทรศัพท์. : 0979245469 e-mail : tanyong_mm@hotmail.com

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 18	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้ และมีดัชนีความสุขเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 57				
หน่วยวัด	ขั้นตอน				
น้ำหนัก	ร้อยละ 2				
คำอธิบาย 35/33/18	หน่วยงานในสังกัด ที่มีการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) และหน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินงานตามประเด็น โดยอาศัยหลักความสุข 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	5 ขั้นตอน				
วิธีการประเมิน	ประเมินผลตามแบบประเมิน (Happy workplace Index)				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560				
รายการข้อมูล 1					
รายการข้อมูล 2					
สูตรคำนวณ					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยงานมีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการวัดดัชนีองค์กรที่มีความสุข			
	2	หน่วยงานประเมินสภาพและจัดทำแผนพัฒนาองค์กรที่มีความสุข			
	3	ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรที่มีความสุข และทบทวนกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย			
	4	สรุปผลการดำเนินงาน ประเมินองค์กรตาม Happy workplace Index โดยบุคลากรของหน่วยงานมากกว่าร้อยละ 70 ของบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน			
	5	หน่วยงานมีดัชนีความสุขมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 57			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy workplace Index) ไปใช้ และมีดัชนีความสุขเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 57		ขั้นตอน	-	-	-

เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูลการประเมินองค์กรที่มีความสุข 2) รายงานของหน่วยงาน	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิตเห็น 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

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 19	หน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ
หน่วยวัด	ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ 4
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 พัฒนาตนเองและทีมงานในกระบวนการทำ R2R โดยมี องค์ประกอบ ผลงานวิจัยจากงานประจำดังนี้ 1. ชื่องานวิจัย 2. บทคัดย่อ + คำสำคัญ (Abstract + key word) 3. หลักการและเหตุผล(ที่มาและความสำคัญของปัญหาในการศึกษา) 4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5. วิธีศดและวิธีการ 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. = ขั้นตอนที่ 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 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. เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R/นวัตกรรม					
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักรัพยากรบุคคลชำนาญการ 2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นางชญาภา อุปดิษฐ์ นักรัพยากรบุคคลชำนาญการ 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 20	ร้อยละ KPI 5 Goal setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ 6																	
คำอธิบาย	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 (รอบที่ 2) หรือที่ระดับคะแนน 3 (รอบที่ 1) หรือตามที่กำหนด																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.ในจังหวัดหนองคาย ทั้ง 9 อำเภอ																	
เป้าหมาย	ร้อยละ 75																	
วิธีการประเมินผล	ทีมประเมินระดับ คปสอ.																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่กันยายน 2559 – กุมภาพันธ์ 2560) รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่กันยายน 2559 – กรกฎาคม 2560)																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน KPI 5 Goal setting ทั้งหมด																	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจ. รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>2</td><td>KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>3</td><td>KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 65</td></tr><tr><td>4</td><td>KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>5</td><td>KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 75</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 55	2	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 60	3	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 65	4	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 70	5	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 75	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 55																	
2	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 60																	
3	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 65																	
4	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 70																	
5	KPI 5 Goal setting ที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 75																	
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>ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการคปสอ. 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	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการคปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA	ร้อยละ	100% (9 อำเภอ)	66.67% (6 อำเภอ)	100% (9 อำเภอ)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2557	2558	2559														
ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการคปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA	ร้อยละ	100% (9 อำเภอ)	66.67% (6 อำเภอ)	100% (9 อำเภอ)														
เอกสารอ้างอิง	1. SAR ผลการดำเนินงานสาธารณสุข																	
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์		โทร. 081-5927689															
	นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ		โทร. 081-6624126															
	นางบังอร พันนีก		โทร. 081-7172607															
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 117															

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัด กลุ่มวัย

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัด 1	ความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอ												
	1.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 15												
คำอธิบาย 1/1/1.1	หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่รู้ตัวว่าตั้งครรภ์รับมาฝากครรภ์ครั้งแรกทันที โดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ และได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ การดำเนินงาน - ระดับจังหวัด มีผลสรุปผลงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จากฐานข้อมูล 43 แห่ง ระดับจังหวัด (ทุกสถานบริการ) เป็นรายเดือน - ระดับอำเภอ มีการตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แห่ง ทุกสัปดาห์ - ระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - บันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ในโปรแกรม 43 แห่งให้เป็นปัจจุบัน - มีสรุปผลงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์จากฐานข้อมูล 43 แห่งเป็นรายเดือน - ให้บริการฝากครรภ์และมอบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้หญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการ - ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกด้าน เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย ป้ายประชาสัมพันธ์ อสม.ผู้นำชุมชน ถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ - ให้อสม. ทำทะเบียนคู่สมรสใหม่/หญิงคู่ที่ไม่ได้วางแผนครอบครัวและพร้อมที่จะมีบุตรเพื่อให้คำแนะนำในการไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่า ตั้งครรภ์และไม่เกิน 12 สัปดาห์ - จัดทีมให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่บ้าน เพื่อตรวจการตั้งครรภ์/ให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ และมอบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ที่บ้าน												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขทุกคน												
เป้าหมาย	ร้อยละ 70												
วิธีประเมิน	HDC												
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงคลอดในสถานบริการสาธารณสุขฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของหญิงคลอดในสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมดในห้วงเวลาเดียวกัน												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับอำเภอ ระดับ รพ.สต.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60	2	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 65	3	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70	4	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75	5	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60												
2	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 65												
3	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70												
4	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75												
5	หญิงคลอดฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์		ร้อยละ	53.98 (2,972/5,006)	88.18 (1,963/2,228)	51
	ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	เมืองหนองคาย	1,765	750	42.49	
	2	ท่าบ่อ	1,008	656	65.08	
	3	โพนพิสัย	1,288	669	51.94	
	4	ศรีเชียงใหม่	41	21	51.22	
	5	สังคม	90	60	66.67	
	6	สระใคร	3	1	33.33	
	7	เผ่าไร่	0	0	0	
	8	รัตนวาปี	0	0	0	
	9	โพธิ์ตาก	0	0	0	
		รวม	4,195	2,157	51.42	
จากรายงาน HDC 20/10/2559						
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนการฝากครรภ์ 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม, รายงาน cockpit 60 (QOF) 3. ฐานข้อมูล HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางอุไรรัตน์ ศรีสม			โทร. 08 8571 3729		
	นางณัฏฐชานันท์ พรหมเขจร			โทร. 09 3376 1755		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123		

ตัวชี้วัด 1	ความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอ			
	1.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ 15			
คำอธิบาย 1/1/1.2	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้ง ตามระยะเวลาดังนี้ ช่วงที่ 1 ก่อนอายุครรภ์ ภายใน 12 สัปดาห์ ช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงในเขตรับผิดชอบที่คลอดบุตรแล้วในหน่วยบริการ			
เป้าหมาย	ร้อยละ 70			
วิธีประเมิน	HDC			
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 ตุลาคม 2559-กรกฎาคม 2560			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง 5 ครั้งตามเกณฑ์ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงคลอดบุตรแล้วในเขตรับผิดชอบ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับอำเภอ ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	หญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60		
	2	หญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 65		
	3	หญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70		
	4	หญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 75		
	5	หญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.	
	ร้อยละหญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	2557	2558
			-	82.45
			2559	75.47
	ลำดับ	อำเภอ	B	A
	1	เมืองหนองคาย	632	446
	2	ท่าบ่อ	338	271
	3	โพนพิสัย	484	365
	4	ศรีเชียงใหม่	116	88
	5	สังคม	180	162
	6	สระใคร	97	74
	7	เผ่าไร่	248	178
	8	รัตนวาปี	210	148
	9	โพธิ์ตาก	64	56
		รวม	2,369	1,788
				ร้อยละ
				75.47

จากรายงาน cockpit 59 (QOF)

เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนการฝากครรภ์,สมุดสีชมพู 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม, รายงาน QOF 3. รายงาน ก.2	
ผู้รับผิดชอบ	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร. 08 8571 3729
	นางณัฐชานันท์ พรหมเขจร	โทร. 09 3376 1755
	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		
เผ่าไร่	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 สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำหลักการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กอายุ0-2ปีเชิงระบบ - พัฒนารูปแบบ คู่มือการให้ความรู้และทักษะพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ - พัฒนาด้านแบบมุม “เล่นตามรอยพระยุคลบาท” ในWCC และลานเล่น “ตามรอยพระยุคลบาท” ในศูนย์เด็กเล็ก - พัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพให้น่าอ่าน เข้าใจง่าย ใช้สะดวกและจัดทำเป็น E-book - สนับสนุนคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า - สนับสนุนระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า - รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ9,18,30,42 เดือนในเดือนกรกฎาคม - จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ - ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า	- ส่งเสริมให้ รพ.สต.ทุกแห่งจัดบริการWCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทใน WCCคุณภาพ - ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า - สนับสนุนระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก - ส่งเสริมการพัฒนาเด็กองค์รวมด้วยจัดทำ “ตำบลเด็กพัฒนาดีเริ่มที่นมแม่อย่างมีส่วนร่วม” - วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการและแนวทางการแก้ไข - ประชุม MCH board ระดับอำเภอ - นิเทศ ติดตาม กำกับ	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการ WCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า - รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือนในเดือนกรกฎาคม - จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ - ประชุม MCH board ระดับอำเภอ - นิเทศ ติดตาม กำกับ	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการ WCCคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCCคุณภาพ - ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนและกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ 2ปีหรือมากกว่า - มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี - เด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนทุกคน ได้รับการประเมินพัฒนาการเด็ก - รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และแนวทางแก้ไข - ประชุม MCH board ระดับจังหวัดและอำเภอ - 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 DSPPM - พัฒนาศักยภาพทีมวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่และนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กจังหวัดและอำเภอ - พัฒนามาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กและสนับสนุนคู่มือการประเมินมาตรฐาน - ส่งเสริมการสื่อสารความรู้ระดับบุคคลด้วยการส่งข้อความสั้นแก่หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ทุกเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ ฟรี - การศึกษาสถานการณ์พัฒนาเด็กปฐมวัย (DSPPMI) และพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว - 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	25 ต่อพัน					
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 ฝ่ายหมั้นไวย์	โทร. 08 3144 6566
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123

สสจ.หนองคาย

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	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 30</td></tr><tr><td>2</td><td>การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 25</td></tr><tr><td>3</td><td>การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 20</td></tr><tr><td>4</td><td>การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15</td></tr><tr><td>5</td><td>การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 10</td></tr></table>				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
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		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

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 5	ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ 20
คำอธิบาย 5/5/5	1. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามมาตรฐาน “ตำบลจัดการสุขภาพ” เพื่อขับเคลื่อนแบบบูรณาการให้ตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ 2. ตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคตดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเองและรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในเรื่องดูแลสุขภาพ 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์ที่กำหนดตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน 3. มาตรฐานที่กำหนด(มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพ) หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม แบ่งระดับมาตรฐาน เป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน) 2) การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา) 3) การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี) 4) ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก) 5) ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม) ที่มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ตำบลที่ใช้กระบวนการตาม “มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพ” เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ให้บรรลุตามองค์ประกอบ 6 ข้อ ดังนี้ 1) มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

	4) มีบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care)จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 5. ระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว หมายถึง ทุกหน่วยบริการมีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มที่ 2 การคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เบาหวาน 2) ความดัน 3) Oral Health 3) ต้อกระจก กลุ่มที่ 3 การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ 1) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 2) ภาวะสมองเสื่อม/สมรรถภาพสมอง (MMSE) 3) ภาวะซึมเศร้า 4) ข้อเข่าเสื่อม 5) การคัดกรองภาวะโภชนาการ(รอบเอว) กลุ่มที่ 4 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์												
กลุ่มเป้าหมาย	- ทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน - ผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ												
เป้าหมาย	5 ขั้นตอน												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับตำบล/หน่วยบริการ	ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ โดยกำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีทีมสุขภาพตำบลจัดการสุขภาพและทีมตำบล Long Term Care แบบบูรณาการ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลจัดการสุขภาพและมีแผนพัฒนาตำบล Long Term Care</td></tr> <tr> <td>3</td><td>1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 50 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td></tr> <tr> <td>4</td><td>1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 60 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับดี</td></tr> <tr> <td>5</td><td>1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 70 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีทีมสุขภาพตำบลจัดการสุขภาพและทีมตำบล Long Term Care แบบบูรณาการ	2	มีกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลจัดการสุขภาพและมีแผนพัฒนาตำบล Long Term Care	3	1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 50 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	4	1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 60 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับดี	5	1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 70 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีทีมสุขภาพตำบลจัดการสุขภาพและทีมตำบล Long Term Care แบบบูรณาการ												
2	มีกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลจัดการสุขภาพและมีแผนพัฒนาตำบล Long Term Care												
3	1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 50 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน												
4	1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 60 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับดี												
5	1. มีการนำแผนสุขภาพระดับตำบลสู่การปฏิบัติ 2. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 70 3. มีผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care 6 องค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน										
	ตัวชี้วัด			หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
					2557	2558	2559			
	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์			ร้อยละ	-	-	-			
	ร้อยละ 70 ของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ระดับดีขึ้น)			ร้อยละ	83.07	93.55	98.3			
	ตำบลต้นแบบบูรณาการกลุ่มวัย และตำบลต้นแบบ Long Term Care (อย่างละ 1 ตำบล รวมอำเภอละ 2 ตำบล)			ตำบล	-	9 (กลุ่มวัย)	18 (กลุ่มวัย+LTC)			
	ลำดับ	อำเภอ	จน.ตำบล	เป้าหมาย (ระดับ 3 ขึ้นไป 70%)	ผลงาน(ระดับ)ปี 2559					ร้อยละ
	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
เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2) คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3) คู่มือแนวทางการประเมิน ADL 4) คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดย 5) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 6) แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน 7) คู่มือวิทยาการพี่เลี้ยงการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ 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 หมายความว่าตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (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 และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็นคัดกรอง																																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้วย Activity of Daily Living (ADL)																																
เป้าหมาย	ร้อยละ																																
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 ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>Healthy Aging ลดลงร้อยละ 2</td></tr><tr><td>2</td><td>Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1</td></tr><tr><td>3</td><td>Healthy Aging คงที่</td></tr><tr><td>4</td><td>Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1</td></tr><tr><td>5</td><td>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><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>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																																
	<table><tr><th rowspan="2">อำเภอ</th><th colspan="2">ปี 2557</th><th colspan="2">ปี 2558</th><th colspan="2">ปี 2559</th></tr><tr><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน</th><th>ร้อยละ</th></tr><tr><td>เมือง</td><td>16,649</td><td>93.43</td><td>15,369</td><td>94.32</td><td>15,188</td><td>93.63</td></tr><tr><td>ท่าบ่อ</td><td>8,421</td><td>89.28</td><td>9,148</td><td>95.01</td><td>6,889</td><td>91.54</td></tr></table>						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
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								

ข้อมูลพื้นฐานผลการประเมินคัดกรอง 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	โพธิ์ชัย	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

ข้อมูลพื้นฐานผลการประเมินคัดกรอง 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.บ้านเคื่อ	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.พ.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.ก่องนาง	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.เตี๋ย	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.วาน	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.พ.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.หนองกุง	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
โพนพิสัย	รพ.สต.โพธิ์	459	439	95.64	439	100.00	0	0.00	0	0.00

อำเภอ	ชื่อหน่วยงาน	จำนวนผู้สูงอายุ			การประเมินแบ่งกลุ่ม					
		ทั้งหมด	ได้รับการประเมิน		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
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.พระพุทธรบาท	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.ท่ากฐิน	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.ห้วยไฮ	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.ผาตั้ง	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.นาไร่	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.บ้านด่อน	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.นายาง	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.คำนครีสุข	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

ตัวชี้วัด Service Plan

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 1.1	ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากเดิม						
น้ำหนัก	ร้อยละ 5						
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	25.08
				ร้อยละ	(31.19)	(29.01)	(HDC)
เอกสารอ้างอิง	1. มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C และ FBS 2. มีทะเบียนข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C < 7 %) และ ค่า FBS ≥ 70 - ≤ 130 mg/dl แยกรายปี						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต 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 5				
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 : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด 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	$(A/B) \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	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	
	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5 จากเดิม		จำนวนร้อยละ	2557	2558
				2559	
				23.90	32.43
					(-35.31)
					(-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 10					
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	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
	ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)		ร้อยละ	2557	2558	2559
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	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 10												
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. อัตราการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา 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 3. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ 5 </td><td> รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </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. อัตราการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา 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 3. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ 5	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
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. อัตราการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา 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 3. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ 5	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค												

	5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ Warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นในกรณีใส่mechanical heart valve) 6. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด	
	ขั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้	
	RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (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	RDU2 : ประเมินผล (Output) รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค
	3. การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ (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	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.ทุกแห่ง	
เป้าหมาย	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ไม่เกินร้อยละ 20 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ 20 (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 : จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน/โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน/โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทั้งหมด	
สูตรคำนวณ RDU	(A/B) × 100	

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 30 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 30				
	2	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 25 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 25				
	3	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20				
	4	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 15 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 15				
	5	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ10 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 10				
	รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
			2557	2558	2559	
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล		ร้อยละ	-	-	-	
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 บุรณะบุญดี			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 ระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU2-RUA PCU/CMU) จำนวน 2 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
19	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน	≤ร้อยละ 20	
20	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20	≤ร้อยละ 20	

ตัวชี้วัดที่ 4	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
หน่วยวัด	ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ 10
คำอธิบาย 7/6/4	การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการประคับประคอง อาการมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มีจุดเน้นการดูแลด้าน Family Meeting การทำ 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. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันหรือนอนมากกว่าร้อยละ 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) รพท.ท่าบ่อ/รพช.โพนพิสัย (ระดับ M2) รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม (ระดับ F2) รพช.สระใคร/รพช.เฝ้าไร่/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 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 5	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 10
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 - การบำบัดหัตถ์เคลื่อนไหว - 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. ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกได้รับการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 7. ผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกมารับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพทั้งหมด (ทั้งแผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

เป้าหมาย	ร้อยละ 18.5										
วิธีการประเมิน	ระบบรายงาน 43 แพ้ม										
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560										
ประเมินผล	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	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
									2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน							ร้อยละ	21.75	22.51	25.86
</											

เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ขั้นตอนการรับบริการแพทย์แผนไทย 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 5. รายงานผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทยของจังหวัด 6. ภาพกิจกรรม	
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.จรัสศรี อาจศิริ	โทร. 08 1544 7472
	งานแพทย์แผนไทย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 129

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 6	ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา							
หน่วยวัด	ร้อยละ							
น้ำหนัก	ร้อยละ 10							
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 ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก 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_PCU/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	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	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
					2557	2558	2559	
	จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง			ราย	109,711	85,162	93,199	
	ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง			ร้อยละ	90.43	83.73	93.31	
	ที่	รพ.	การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองซึมเศร้า					
			ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	1	เมือง	25,117	89.06	21,674	81.34	26,233	93.39
	2	ท่าบ่อ	29,844	87.74	25,071	87.51	16,425	90.40
	3	โพนพิสัย	12,446	94.09	14,290	91.05	17,556	95.12
	4	ศรีเชียงใหม่	6,055	95.96	3,345	90.41	6,070	90.38
	5	สังคม	4,681	96.14	3,676	74.72	5,115	96.94
	6	สระใคร	3,987	92.51	4,140	75.87	3,768	86.68
	7	เผ่าไร่	7,037	90.81	5,570	72.79	7,788	91.26
	8	รัตนวาปี	7,284	92.38	4,820	78.32	6,943	98.62
	9	โพธิ์ตาก	2,756	87.63	2,576	90.36	3,287	90.00
	รวม		99,207	90.43	85,162	83.73	99,862	93.31

เอกสารอ้างอิง	โปรแกรม HOSxP /JHCIS	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวรวดี โพธิ์ปักขา	โทร. 091 0607182
	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 123

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 7	รพ.สต. มีการจัด CKD Corner												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ 10												
คำอธิบาย 21/15/7	CKD corner หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ ดังต่อไปนี้ 1. มีการจัดบริการรักษาและให้ความรู้ผู้ป่วย โดยจัดทำเป็น CKD corner 2. EDUCATION PROGRAM ประกอบด้วย 2.1 การให้ยาในผู้ป่วย 2.2 การรับประทานอาหาร 2.3 การปฏิบัติตัวและความรู้เรื่องโรคไต 2.4 การให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย (Renal Replacement Therapy) 3. มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งระยะผู้ป่วยโรคไต 4. มีแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย CKD 5. มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 6. มีการติดตามผล 7. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย อปท./ชุมชน/จิตอาสา 8. จัดทำเป็น CKD corner ใน รพ.สต.												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน รพ.สต. ในแต่ละหน่วยบริการ												
เป้าหมาย	ร้อยละ 80												
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยการตรวจสอบตามเกณฑ์โดยคณะกรรมการไต่จังหวัด												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560												
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนตามเกณฑ์ประเมิน												
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม												
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>คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>3</td><td>คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>4</td><td>คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>5</td><td>คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60	2	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 65	3	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70	4	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75	5	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60												
2	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 65												
3	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70												
4	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75												
5	คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของ รพ.สต. มีการจัด CKD Corner	ร้อยละ	NA	NA	NA
เอกสารอ้างอิง	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบ	นางมณีวรรณ ตั้งจรัสศักดิ์ 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			

สสจ.หนองคาย

ตัวชี้วัดที่ 8	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 10
คำอธิบาย 23/17/8	1. การคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจคัดกรองสายตาซ้ำในผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นจาก อสม. ซึ่งนับนิ้วผิดตั้งแต่ 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.คัดกรองต่อกระจากเบื้องต้นในผู้สูงอายุ (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	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน							
	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	โพธิ์ชัย	เฉลี่ยภาพรวมจังหวัด
	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-mailpraditsararat@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123				

ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 10
คำอธิบาย 24/18/9	หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (คสม.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ คือ บริการได้ครบ 2 องค์ประกอบ 1. การจัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน 5 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม 2. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 20 อธิบายเพิ่มเติม 1. รพ.สต./คสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน 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 ได้รับการทันตกรรม 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. การให้บริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.แต่ละแห่งได้ตามเกณฑ์ (มากกว่า 200 คนต่อ 1,000 ประชากร (Type 1,3)/ปี หรือเฉลี่ยตามระยะเวลาที่ประเมิน) เงื่อนไขเฉพาะเพิ่มการประเมินการมี/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) และมีข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ ร้อยละ 50						
	2	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ ร้อยละ 55						
	3	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ ร้อยละ 60						
	4	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ ร้อยละ 65						
	5	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก+ 200 คน/1,000 ปชก (Type1,3) และมีข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ ร้อยละ 70						
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
			2557	2558	2559			
หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก		ร้อยละ	-	-	-			
รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพของปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ50		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
	เฝ้าไร่	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. คู่มืองานในระบบ 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. ฐานข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากระดับตำบลและอำเภอย้อนหลังอย่างน้อย 2 ปี							
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒินวงศ์				โทร. 089-7106864			
	นางอุรिता พิทักษ์ทรัพย์				โทร. 081-5935415			
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข				โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 139			

ตัวชี้วัดที่ 10	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)																																				
หน่วยวัด	ร้อยละ																																				
น้ำหนัก	ร้อยละ 10																																				
คำอธิบาย 25/19/10	กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็กปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ฟันแท้ปกติ(รวมarrested caries)และ/หรือมีฟันที่อุดแล้วไม่ผุโดยไม่มีผุจำเป็นต้องอุดถอนรักษาคลองรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก ฟันผุ หมายถึง ฟันแท้ที่เป็นรู หรือมีฟันที่อุดแล้วผุ และให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย																																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี																																				
เป้าหมาย	ร้อยละ 52																																				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ - เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้งจึงไม่ควรประเมินรายไตรมาส หากข้อมูลสถานะไม่น้อยกว่าร้อยละ 52 แล้วให้ประเมินเพิ่มขึ้นในอัตราปีละร้อยละ 2																																				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ประเมินตามระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน 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)×100																																				
เกณฑ์การให้คะแนน 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 พันติไม่มีผู้		ร้อยละ	57.55	55.11	53.06
	เครือข่ายบริการ	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี พันติไม่มีผู้				
		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		
เอกสารอ้างอิง	ทำบ่อ	51.89	49.4	64.95		
	สระใคร	54.11	63.72	46.87		
	โพธิ์ตาก					
	เผ่าไร่	68.88	51.97	63.89		
	รัตนวาปี	62.05	81.05	ไม่มีข้อมูล		
	รพ.พิสัยเวหา	98.22	75.15	90		
	จ.หนองคาย	57.55	55.11	53.06		
	ข้อมูล ณ วันที่ 22 กันยายน 2559 (จากโปรแกรมซีแลนซ์ สนท.)					
	รายงานผลงาน 43 แห่งของ สสจ.หนองคาย (Health Data Center)					
	รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของจังหวัดหนองคาย ประจำปี 2560					
ผู้รับผิดชอบ	ทพญ.หทัยรัตน์ นิจจะยะ		โทร. 089-9421090			
	นางอุริตา พิทักษ์ทรัพย์		081-5935415			
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 139			