



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
Nong Khai Provincial Public Health Office

คู่มือการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562

ระดับ

จังหวัด | คปสอ. | รพ.สต.

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117 หรือ 119 โทรสาร 0 4241 2650

<https://www.nko.moph.go.th> ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2561

คำนำ

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

สำหรับคู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปี งบประมาณ 2562 ได้จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพ ชุมชนในโรงพยาบาล (คสม./คสช.) ในการวางแผน นิเทศติดตาม และประเมินผลงานสาธารณสุขได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน และวิธีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด ซึ่งจะช่วยให้พื้นที่ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ได้ครบถ้วนและสอดคล้องกับกรอบและแนวทางการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2562 ด้วย

นายวิศณุ วิทยาบำรุง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
8 พฤศจิกายน 2561

สารบัญ

	หน้า
แผนพัฒนาจังหวัดหนองคาย พ.ศ.2561-2565 (รอบปี 2563)	1
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย พ.ศ.2561-2565 (รอบปี 2562)	3
การประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย	9
กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2562	16
ตัวชี้วัดการประเมินผลงานด้านสาธารณสุข ปี 2562	25
มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์ (น้ำหนักร้อยละ 65)	27
1/1/1 ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	27
2/2/2 ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	30
3/3/- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น	32
4/4/3 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	37
5/5/4 อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 3 (เทียบกับปี 2561)	39
6/6/5 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	41
7/-/- อัตราตายโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ 5	42
8/7/6 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	43
9/-/- อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 23.2 ต่อแสน ปชก.	51
10/8/- อำเภอฟกานการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 50	53
11/-/- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใน รพ.)	58
12/-/- อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร	59
13/9/- ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	60
* ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) /PCI ในผู้ป่วย STEMI ได้	
14/10/7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU)	63
15/-/- ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดร้อยละ 10 ต่อปี	69
16/11/- อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	71
17/12/8 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	73
18/13/9 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	75
19.1/14.1/- ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	78
19.2/14.2/10 * ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	78
20.1/15.1/- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	80
20.2/15.2/- * ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 80	80
21/16/- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30	83
22/17/- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	85
22.1/17.1/- ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	85
22.2/17.2/- ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	85

	หน้า
23/18/-	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
24/-/-	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ ไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร
25/-/-	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด ไม่เกิน 17.55 ต่อแสนประชากร
26/19/	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72m2/yr
27/20/-	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
28/-/-	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100
29/21/-	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)
30/-/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
31/22/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 15
32/23/-	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ
	* อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกินร้อยละ 10
33/24/11	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
34/25/12	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม
35/26/-	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission Rate)
36/27/-	ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
37/28/-	อัตราการตายเท่ากับ 0
38/29/13	ร้อยละเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย
39/30/14	ร้อยละวัยเรียนสูงดีสมส่วน
40/31/-	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร
41/-/-	ร้อยละของ Healthy Aging คงที่หรือเพิ่มขึ้น
42/32/15	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
43/33/-	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97
44/-/-	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
45/34/-	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านกฎหมายได้รับการดำเนินการ
	* ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
46/-/-	การโฆษณาที่ผ่านกฎหมายได้รับการดำเนินการ
47/35/16	อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง
48/36/17	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และมีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) 3อ.2ส.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป
49/-/-	จำนวนประเด็นหลักที่จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (19 ประเด็น)
50/-/-	ทีม SRRT ระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว
51/37/18	ศูนย์ระดับมหาวิทยาลัยอำเภอ/หน่วยระดับมหาวิทยาลัยระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระดับมหาวิทยาลัยโรคติดต่อ
52/-/-	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
53/38/	ไม่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ 2
54/39/	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค
54.1/39.1/-	54.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
54.2/39.2/19	54.2 อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
55/40/20	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.
56/41/-	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

	หน้า
57/42/21	ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด
58/43/	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง> ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
59/44/	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13
มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพ (น้ำหนักร้อยละ 10)	180
60/45/-	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น และ ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3
61/46/22	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม
62/-/-	ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
63/47/-	ร้อยละ SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
64/48/-	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็น ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
65/49/23	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)
66/50/24	ร้อยละโรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
67/51/25	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ (น้ำหนักร้อยละ 10)	209
68/52/	ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมิน ITA ในระดับ 90% ขึ้นไป
69/53/26	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
70/54/-	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
	<i>* หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7</i>
71/55/27	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป
มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร (น้ำหนักร้อยละ 15)	227
72/56/28	ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์
73/57/29	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
74/58/30	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
75/59/31	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
76/-/-	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ
77/60/-	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA
78/61/32	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์
ภาคผนวก	253
รายงานสรุปผลการนิเทศงาน	255
ตัวชี้วัดที่ 1/1/1	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ปี 2562
ตัวชี้วัดที่ 17/12/8	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
ตัวชี้วัดที่ 36/27/-	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
ตัวชี้วัดที่ 48/36/17	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ 53/38/-	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ 2
ตัวชี้วัดที่ 66/50/24	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
ตัวชี้วัดที่ 67/51/25	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด



แผนพัฒนาจังหวัดหนองคาย

พ.ศ.2561-2565 (รอบปี 2563)

วิสัยทัศน์

“เกษตรอุตสาหกรรมวัฒนธรรมรุ่งเรือง เมืองท่องเที่ยวลุ่มน้ำโขง”

พันธกิจ

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

เป้าประสงค์รวม

เพิ่มรายได้จากภาคเกษตร อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว และการค้า

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายรวม

1. มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GPP) ภาคเกษตรเพิ่มขึ้นร้อยละ 10
2. รายได้จากการท่องเที่ยว เพิ่มขึ้นร้อยละ 25
3. มูลค่าการค้าชายแดน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5

ค่านิยม

หนองคายเมืองสะอาด สะอาด ปลอดภัย มั่นใจ น่าอยู่

ประเด็นยุทธศาสตร์

(1) ยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการเกษตรยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกกระดับมาตรฐาน การผลิต การค้า การลงทุน การท่องเที่ยวและการบริการ
- 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 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการเกษตร เพิ่มประสิทธิภาพการผลิต และบริหารจัดการด้านการตลาด

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพเกษตรกรและสถาบันเกษตรกร

กลยุทธ์ที่ 3 การส่งเสริมเกษตรอินทรีย์

(2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐาน การผลิต การค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และการบริการ

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบโลจิสติกส์เชื่อมโยงการค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และการบริการ

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาและปรับปรุงแหล่งท่องเที่ยว

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสินค้า OTOP และ SME

กลยุทธ์ที่ 4 บูรณาการความร่วมมือการค้า การลงทุน และการท่องเที่ยวภายในและระหว่างประเทศ

(3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างความมั่นคงเพื่อสังคมสงบสุข

กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและปราบปรามภัยคุกคามด้านความมั่นคง

กลยุทธ์ที่ 2 การจัดการความมั่นคงพื้นที่ชายแดน

กลยุทธ์ที่ 3 การเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประเทศเพื่อนบ้าน

กลยุทธ์ที่ 4 การขับเคลื่อนและขยายผลโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ

(4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาคมน ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมให้เป็นเมืองน่าอยู่

กลยุทธ์ที่ 1 ยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการศึกษา แรงงาน สาธารณสุข สังคม และ กลุ่มผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมอนุรักษ์ ฟื้นฟู ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการให้บริการประชาชนสู่มาตรฐานสากล

กลยุทธ์ที่ 1 การเสริมสร้างการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริม พัฒนาการบริการประชาชนด้วยระบบดิจิทัลและเทคโนโลยี



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพจังหวัดหนองคาย

พ.ศ.2561-2565 (รอบปี 2562)

1. วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี”

2. พันธกิจ (Mission)

- 2.1 พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
- 2.2 พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานและคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ
- 2.3 สร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3. เป้าประสงค์รวม

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

4. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร

- 4.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ไม่น้อยกว่า 85 ปี
- 4.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี
- 4.3 สถานบริการได้รับรองมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ร้อยละ 100
- 4.4 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60
- 4.5 ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70
- 4.6 หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ร้อยละ 100

5. คำนิยาม : MOPH เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

M : Mastery เป็นนายตนเอง

O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P : People Center approach ใส่ใจประชาชน

H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

6. เป้าประสงค์ (Goal)

- 6.1 อัตราตายและอัตรารายด้วยโรคไม่ติดต่อลดลง
- 6.2 สถานบริการสุขภาพและการจัดบริการตามกลุ่มวัยได้มาตรฐาน
- 6.3 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค
- 6.4 อัตราตายและอัตรารายด้วยโรคติดต่อลดลง
- 6.5 ระบบการบริหารจัดการมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

7. ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัด

7.1 ยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

7.2 จุดยืนทางยุทธศาสตร์ (Positioning)

- (1) สร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย
- (2) ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- (3) พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

8. กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์

8.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

- กลยุทธ์ที่ 1 สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- กลยุทธ์ที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

8.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน

- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ
- กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน
- กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน
- กลยุทธ์ที่ 4 เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ
- กลยุทธ์ที่ 5 การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรค จากการประกอบอาชีพ
- กลยุทธ์ที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันและพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

8.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ
- กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

8.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน
- กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ

8.5 ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล
- กลยุทธ์ที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ

9. ความสัมพันธ์ของประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และเป้าประสงค์

เป้าประสงค์ (Goal)	ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
1. อัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อลดลง	1. ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	1.1 สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 1.2 เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ
2. สถานบริการสุขภาพและการจัดบริการตามกลุ่มวัยได้มาตรฐาน	2. ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน	2.1 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ 2.2 พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน 2.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน 2.4 เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ 2.5 การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ
3. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค	3. พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.1 พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ 3.2 ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
4. อัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อลดลง	4. พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	4.1 พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 4.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ
5. ระบบการบริหารจัดการมีคุณภาพประสิทธิภาพ โปร่งใส	5. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส	5.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล 5.2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ

9. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร

- ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน
- ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ
- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น (> 60%)
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา)
- อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 3 (เทียบกับปี 2561)
- อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
- อัตราตายโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ 5

8. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ระดับ 5)
9. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 14 ต่อแสน ปชก.
10. อำเภอฟกานการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 50
11. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น และ ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3
12. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว
13. ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
14. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
15. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใน รพ.)
16. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร
17. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้
* ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) /PCI ในผู้ป่วย STEMI ได้
18. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
19. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 ต่อปี
20. อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)
21. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
22. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
23. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
* ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า
24. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
* ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 80
25. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30
26. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture
ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)
ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
27. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
28. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ ไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร
29. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอด ไม่เกิน 17.55 ต่อแสนประชากร
30. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4mL/min/1.72m²/yr
31. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
32. อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยมยอบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100
33. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)
34. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
35. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 15
36. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป
* อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกินร้อยละ 10
37. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
38. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม

39. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission Rate)
40. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
41. อัตราการตายเท่ากับ 0
42. ร้อยละเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย
43. ร้อยละวัยเรียนสูงดีสมส่วน
44. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร
45. ร้อยละของ Healthy Aging คงที่หรือเพิ่มขึ้น
46. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
47. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
48. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)
49. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
50. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด
51. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97
52. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
53. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ
54. การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ
55. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง
56. ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และมีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) 3อ.2ส.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป
57. จำนวนประเด็นหลักที่จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (19 ประเด็น)
58. ทีม SRRT ระดับจังหวัด และ ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว
59. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ
60. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
61. ไม่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ 2
62. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
63. ร้อยละ 70 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.
64. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
65. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด
66. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
67. อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13
68. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA
69. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์
70. ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมิน ITA ในระดับ 90% ขึ้นไป ไม่น้อยกว่า 90%
71. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
72. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์
73. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
74. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
75. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
76. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ
77. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ 4)
78. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป

การประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย

1) หลักการและที่มา

การประเมินผลงานสาธารณสุข เป็นภารกิจสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และเป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารยุทธศาสตร์ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มีวัตถุประสงค์ เพื่อชี้แจง แนะนำ ทำความเข้าใจกับหน่วยงานในสังกัดในการปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรการ Quick Win 5 Goal Setting ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2561-2565 (รอบปี พ.ศ.2562) และให้หน่วยงานวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ แผนงาน โครงการกิจกรรมที่จะดำเนินการ และประเมินตนเองเบื้องต้นว่าตนเองอยู่ในสถานะใด เพื่อจะได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรค รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงานตาม 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของจังหวัดหนองคาย เพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการรับฟัง ความคิดเห็น ความต้องการและข้อเสนอแนะ ของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ตำบล และร่วมให้การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ให้สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2561-2565 (รอบปี พ.ศ.2562)

2) วัตถุประสงค์

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

3) การประเมินผล

แนวทางการประเมินผล

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี 2562 ในการประชุมชี้แจงการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปี 2562
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี 2562 แก่บุคลากรในสังกัด และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ปี 2562 ตามแนวทางและมาตรการที่กำหนดครอบคลุมงานตาม 5 Goal Setting และ Function
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำคู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข ประจำปี 2562 เตรียมทีมประเมินผล พัฒนาทักษะ องค์ความรู้ เทคนิคแนวทางการประเมิน และจัดทีมประเมินผลผสมผสาน (สสจ.หนองคาย และ รพ.หนองคาย) ออกประเมิน คปสอ. ประจำปีงบประมาณ 2562

ครั้งที่ 1 ในเดือน มีนาคม 2562

ครั้งที่ 2 ในเดือน สิงหาคม 2562

4. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จัดทีมนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข รพ.สต.ทุกแห่งในสังกัด ปีละ 2 ครั้ง โดยใช้คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ 2562

ครั้งที่ 1 ในเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2562

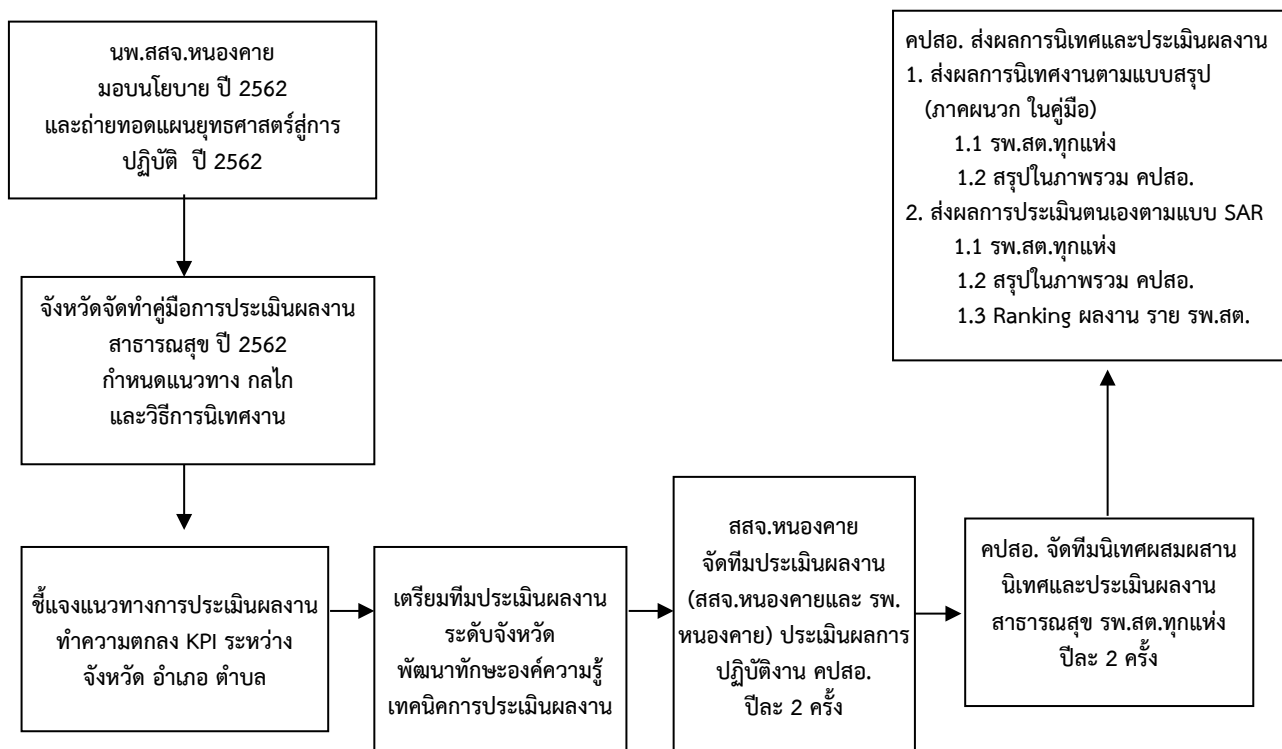
ครั้งที่ 2 ในเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2562

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.

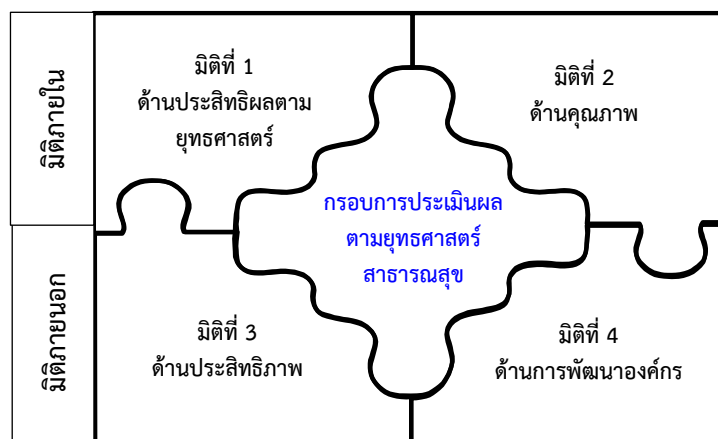
6. สสจ.หนองคาย สรุปผลการประเมินผลงานสาธารณสุข นำเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดแนวทางการปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป

กลไกและวิธีการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข



4) กรอบการประเมินผล

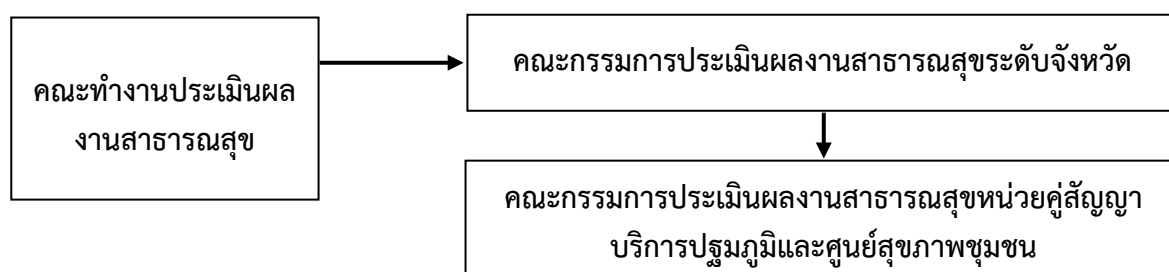
ในปีงบประมาณ 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้กำหนดกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของสำนักงาน ก.พ.ร.ให้อยู่ภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ดังนี้



สำหรับรายละเอียดของกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุขแยกตามมิติ ดังนี้

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

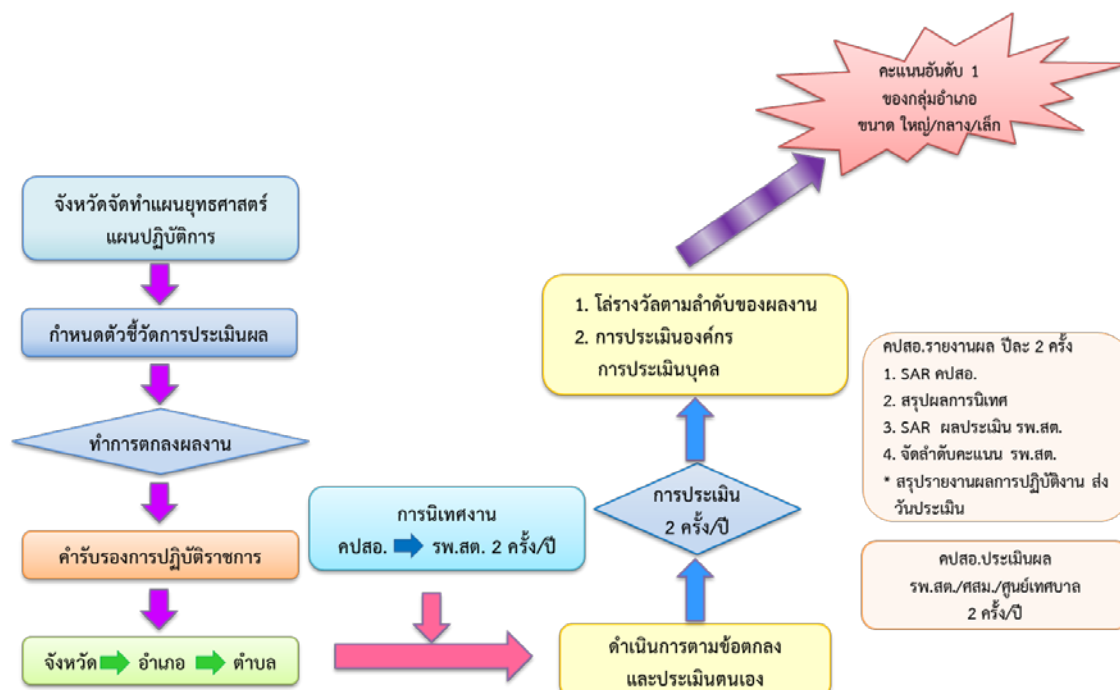
5) บทบาทและองค์ประกอบของการประเมินผล



6) ขั้นตอนการประเมินผลงานสาธารณะสุข

ว/ด/ป	กิจกรรม
5 พ.ย.61	ทำความเข้าใจตัวชี้วัดที่จังหวัดและทีมอำเภอ ตำบล
8 พ.ย.61	มอบนโยบาย ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี 2562 แก่บุคลากรในสังกัด พิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ)
1-22 ก.พ.62	อำเภอ นิเทศ และ ประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 1
ภายใน 25 ก.พ.62	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง (SAR) รพ.สต./คปสอ.
4-8 มี.ค.62	จังหวัด ประเมินผลงานอำเภอ รอบที่ 1
1-25 ก.ค.62	อำเภอ ประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 2
ภายใน 29 ก.ค.62	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง
5-9 ส.ค.62	จังหวัด ประเมินผลงานอำเภอ รอบที่ 2
30 ส.ค.61	สรุปผลการประเมิน

7) กลไกและวิธีการในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ การนิเทศงาน และการประเมินผลงานปี 2562



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	150,629
		โพธิ์พิสัย	98,846
		ท่าบ่อ	83,072
2	กลาง	เผ่าไร่	52,251
		รัตนวาปี	38,768
		ศรีเชียงใหม่	30,901
3	เล็ก	สระใคร	26,784
		สังคม	25,294
		โพธิ์ตาก	15,341
รวม			521,886

- การคำนวณผลการประเมินตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ตัวอย่าง 1 : อำเภอ ก. มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ราย ประชากรทะเบียนราษฎร์

จำนวน 85,667 คน

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

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

85,667

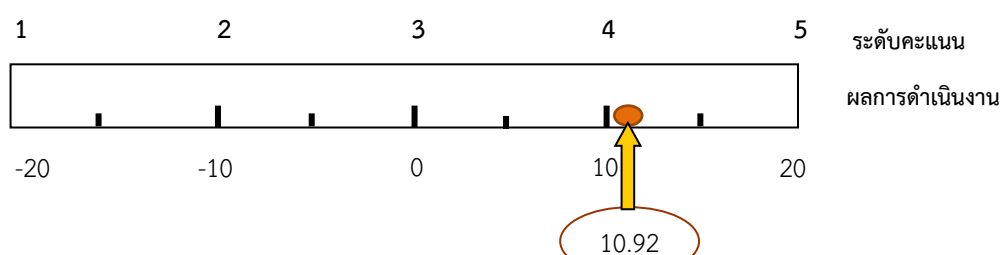
ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังอำเภอ ก 26.20

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

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20
2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10
3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0
4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10
5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20

การเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ระดับคะแนน



ผลการดำเนินงานจริงที่ได้

การคำนวณระดับคะแนน

ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 4 กับ 5

การคำนวณโดยวิธีการเทียบบัญญัติไตรยางศ์

ผลต่างของช่วงระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 4 กับ 5 = $20 - 10 =$ ร้อยละ 10 เทียบเท่ากับระดับคะแนน 1 ระดับ

ผลต่างของผลการดำเนินงาน = $10.92 - 10 = 0.92 = \frac{0.92 \times 1}{10} = 0.092$

ดังนั้น ผลการดำเนินงานจริง ร้อยละ 10.92 จะได้ระดับคะแนน $4 + 0.092 = 4.092$

ตัวอย่างที่ 2 : จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาครบตามเกณฑ์จำนวน 28 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 34 ราย

สูตรคำนวณร้อยละความสำเร็จของการรักษาวัณโรค

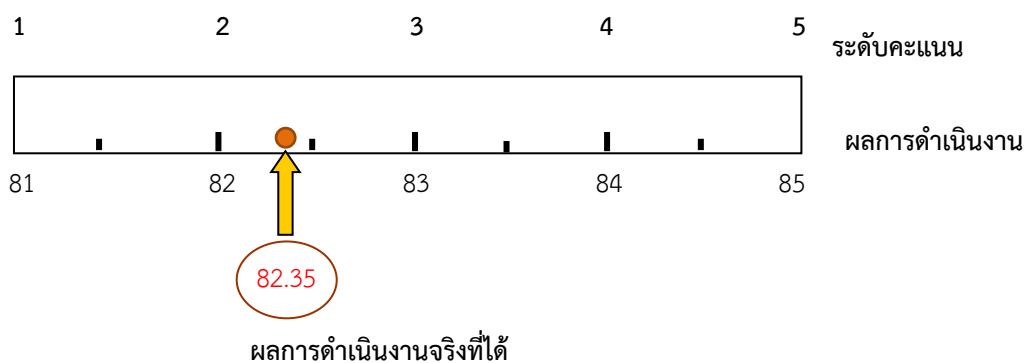
$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาครบตามเกณฑ์} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด (คน)}}$

ร้อยละความสำเร็จของการรักษาวัณโรค = $\frac{28 \times 100}{34} = 82.35$

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 81
2	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 82
3	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 83
4	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 84
5	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 85

การเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ระดับคะแนน



การคำนวณระดับคะแนน

ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 2 กับ 3

การคำนวณโดยวิธีการเทียบบัญญัติไตรยางศ์

ผลต่างของช่วงระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 2 กับ 3 = $83 - 82 =$ ร้อยละ 1 เทียบเท่ากับระดับคะแนน 1 ระดับ

ผลต่างของผลการดำเนินงาน = $82.35 - 82 = 0.35 = \frac{0.35 \times 1}{1} = 0.35$

ดังนั้น ผลการดำเนินงานจริง ร้อยละ 82.35 จะได้ระดับคะแนน $2 + 0.35 = 2.35$

กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2562
สำหรับ ระดับ จังหวัด

ประเด็นการประเมินผล		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่1 ประสิทธิภาพตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 65)				
1/1/1	1	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	ร้อยละ 90	1
2/2/2	2	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ 62	1
3/3/-	3	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 60	1
4/4/3	4	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	ลดลงร้อยละ 5 (2,586 ราย)	1
5/5/4	5	อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 3 (เทียบกับปี 2561)	ลดลงร้อยละ 3 (5,585 ราย)	1
6/6/5	6	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	50	1
7/-/-	7	อัตราการตายโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ 5	ลดลงร้อยละ 5 (97 ราย)	1
8/7/6	8	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ระดับ 5	1
9/-/-	9	อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 23.2 ต่อแสน ปชก.	23.2	1
10/8/-	10	อำเภอผ่านการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 50	ระดับดีมาก ร้อยละ50	1
11/-/-	11	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใน รพ.)	6	1
12/-/-	12	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร	<26	1
13/-/-	13	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	100	1
14/10/7	14	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU)	ขั้นที่ 1 100% ขั้นที่ 2 20% ขั้นที่ 3 10%	1
15/-/-	15	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี	1
16/11/-	16	อัตราการตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	4	1
17/12/8	17	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	60	1
18/13/9	18	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	80	1
19.1/14.1/-	19.1	ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	60	1
19.2/14.2/10	19.2	* ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	90	1
20.1/15.1/-	20.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	6.3	1
20.2/15.2/-	20.2	* ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 80	80	1
21/16/-	21	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30	<30	1

ประเด็นการ ประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
22/17/-	22	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	20	1
22.1/17.1/-	22	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	<28	1
22.2/17.2/-	22	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	50	1
23/18/-	23	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	85	1
24/-/-	24	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ ไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร	31.53	1
25/-/-	25	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด ไม่เกิน 17.55 ต่อแสนประชากร	17.55	1
26/19/	26	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72m2/yr	67	1
27/20/-	27	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	90	1
28/-/-	28	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100	0.7 : 100	1
29/21/-	29	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	50	1
30/-/-	30	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	20	1
31/22/-	31	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 15	15	1
32/23/-	32	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ	100	1
33/24/11	33	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	70	1
34/25/12	34	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดการทันตกรรม	70	1
35/26/-	35	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission Rate)	40	1
36/27/-	36	ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	90	1
37/28/-	37	อัตราการตายเท่ากับ 0	0	1
38/29/13	38	ร้อยละเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย	90	1
39/30/14	39	ร้อยละวัยเรียนสูงตีสมส่วน	68	1
40/31/-	40	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร	≤38	1
41/-/-	41	ร้อยละของ Healthy Aging คงที่หรือเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 61	1
42/32/15	42	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	95	1
43/33/-	43	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97	97	1
44/-/-	44	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	97	1
45/34/-	45	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	100	1
46/-/-	46	การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	100	1
47/35/16	47	อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง		1

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
		อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลงร้อยละ 20 จากปี 2557	20	
		อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงร้อยละ 50 จากปี 2557	50	
48/36/17	48	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และมีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) 3อ.2ส.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป	60	1
49/-/-	49	จำนวนประเด็นหลักที่จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (19 ประเด็น)	8 ประเด็น 1,10,13,17, 2,4,7,11	1
50/-/-	50	ทีม SRRT ระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	ระดับดี	1
51/37/18	51	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ/หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	4 อำเภอ	1
52/-/-	52	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	1	1
53/38/	53	ไม่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ 2	0	1
54/39/	54	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค		
54.1/39.1/		54.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	>85	0.5
54.2/39.2/19		54.2 อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	82.5	0.5
55/40/20	55	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.	80	1
56/41/-	56	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	90	1
57/42/21	57	ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด		
		65.1 ร้อยละ 92 ของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่า HI<10	93	1
		65.2 ร้อยละ 100 ของโรงเรียน/วัด/ศพด. มีค่า CI=0	100	1
		65.3 ร้อยละ 100 ของหน่วยงานสาธารณสุข มีค่า CI=0	100	1
58/43/	58	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	20	1
59/44/	59	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	0.13	1
มิติที่ 2 คุณภาพ (ร้อยละ 10)				
60/45/-	60	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น และ ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	100	2
61/46/22	61	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	100	2
62/-/-	62	ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	37.74	1
63/47/-	63	ร้อยละ SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	100	1
64/48/-	64	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	60	1
65/49/23	65	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	80	1

ประเด็นการ ประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
66/50/24	66	ร้อยละโรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ดี 85/ดีมาก 40	1
67/51/25	67	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	70/50	1
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)				
68/52/-	68	ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมิน ITA ในระดับ 90% ขึ้นไป	100	2.5
69/53/26	69	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	85	2.5
70/54/-	70	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤติทางการเงิน	≤4	2.5
71/55/27	71	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	100	2.5
มิติที่ 4 พัฒนางองค์กร (ร้อยละ 15)				
72/56/28	72	ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์	90	3
73/57/29	73	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	90	1.5
74/58/30	74	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	70	1.5
75/59/31	75	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	30	1.5
76/-/-	76	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	15	1.5
77/60/-	77	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA	PL หมวด 2 หมวด 4	3
78/61/32	78	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์	100	3

สำหรับ ระดับ คปสอ.

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่1 ประสิทธิภาพตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 65)				
1/1/1	1	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	ร้อยละ 90	1.5
2/2/2	2	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ 62	1.5
3/3/-	3	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น	ร้อยละ 60	1.5
4/4/3	4	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	ลดลงร้อยละ 5 (2,586 ราย)	1.5
5/5/4	5	อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 3 (เทียบกับปี 2561)	ลดลงร้อยละ 3 (5,585 ราย)	1.5
6/6/5	6	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	50	1.5
8/7/6	7	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ระดับ 5	1.5
10/8/-	8	อำเภอผ่านการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 50	ระดับดีมาก ร้อยละ 50	1.5
13/9/-	9	* ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) /PCI ในผู้ป่วย STEMI ได้	100	1, 1.5
14/10/7	10	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างเหมาะสมผล (RDU)	ขั้นที่ 1 100% ขั้นที่ 2 20% ขั้นที่ 3 10%	1, 1.5
16/11/-	11	อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	4	1, 1.5
17/12/8	12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	60	1.5, 2
18/13/9	13	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	80	1.5
19.1/14.1/-	14.1	ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	60	1, 1.5
19.2/14.2/10	14.2	* ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	90	1, 1.5
20.1/15.1/-	15.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	6.3	1
20.2/15.2/-	15.2	* ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 80	80	1, 1.5
21/16/-	16	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30	<30	1, 2
22/17/-	17	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	20	
22.1/17.1/-	17.1	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	<28	1.5
22.2/17.2/-	17.2	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	50	1.5
23/18/-	18	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	85	1.5
26/19/	19	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72m2/yr	67	1, 1.5
27/20/-	20	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	90	1

ประเด็นการ ประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
29/21/-	21	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	50	1.5
31/22/-	22	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 15	15	1.5
32/23/-	23	* อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนรพ. ไม่เกินร้อยละ 10	≤10	1, 1.5
33/24/11	24	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	70	1.5
34/25/12	25	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดการทันตกรรม	70	1.5
35/26/-	26	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission Rate)	40	1.5
36/27/-	27	ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	90	1.5
37/28/-	28	อัตราการตายเท่ากับ 0	0	1.5
38/29/13	29	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	90	1.5
39/30/14	30	ร้อยละวัยเรียนสูงดีสมส่วน	68	1.5
40/31/-	31	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร	≤38	1.5
42/32/15	32	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	95	1.5
43/33/-	43	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97	97	1.5
45/34/-	34	* ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	100	1.5
47/35/16	3547	อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง		1.5
		อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลงร้อยละ 20 จากปี 2557	20	1.5
		อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงร้อยละ 50 จากปี 2557	50	1.5
48/36/17	36	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และมีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) 3อ.2ส.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป	60	1.5
51/37/18	37	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ/หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	4 อำเภอ	1.5
53/38/	38	ไม่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ 2	0	1.5
54/39/	39	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค		
54.1/39.1/	39.1	54.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	>85	1
54.2/39.2/19	39.2	54.2 อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	82.5	1
55/40/20	40	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับยาท่อน้ำ DOT โดยจนท. หรือ อสม.	80	1
56/41/-	41	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	90	1.5
57/42/21	42	ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด		
		65.1 ร้อยละ 92 ของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่า HI<10	93	1
		65.2 ร้อยละ 100 ของโรงเรียน/วัด/ศพด. มีค่า CI=0	100	1
		65.3 ร้อยละ 100 ของหน่วยงานสาธารณสุข มีค่า CI=0	100	1

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
58/43/	43	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	20	1.5
59/44/	44	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	0.13	1.5
มิติที่ 2 คุณภาพ (ร้อยละ 10)				
60/45/-	45	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ชั้น และ ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	100	2
61/46/22	46	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	100	1
63/47/-	47	ร้อยละ SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	100	2
64/48/-	48	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพและผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	60	1
65/49/23	49	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	80	1
66/50/24	50	ร้อยละโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ดี 85/ดีมาก 40	2
67/51/25	51	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	70/50	1
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)				
68/52/	52	ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมิน ITA ในระดับ 90% ขึ้นไป	100	2.5
69/53/26	53	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	85	2.5
70/54/-	54	* หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7	100	2.5
71/55/27	55	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	100	2.5
มิติที่ 4 พัฒนางองค์กร (ร้อยละ 15)				
72/56/28	56	ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์	90	3
73/57/29	57	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	90	2
74/58/30	58	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	70	2
75/59/31	59	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	30	2
77/60/-	60	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA	PL หมวด 2 หมวด 4	3
78/61/32	61	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์	100	3

สำหรับ ระดับ รพ.สต.

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย พ.ศ.2562	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่1 ประสิทธิภาพตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 65)				
1/1/1	1	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	ร้อยละ 90	3
2/2/2	2	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ 62	3
4/4/3	3	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	ลดลงร้อยละ 5 (2,586 ราย)	3
5/5/4	4	อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 3 (เทียบกับปี 2561)	ลดลงร้อยละ 3 (5,585 ราย)	3
6/6/5	5	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	50	3
8/7/6	6	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ระดับ 5	3
14/10/7	7	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผลผล (RDU)	ขั้นที่ 1 100% ขั้นที่ 2 20% ขั้นที่ 3 10%	3
17/12/8	8	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	60	3
18/13/9	9	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	80	3
19.2/14.2/10	10	* ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	90	3
33/24/11	11	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	70	3
34/25/12	12	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม	70	3
38/29/13	13	ร้อยละเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย	90	4
39/30/14	14	ร้อยละวัยเรียนสูงดีสมส่วน	68	3
42/32/15	15	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	95	3
47/35/16	16	อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง		4
		อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลงร้อยละ 20 จากปี 2557	20	
		อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงร้อยละ 50 จากปี 2557	50	
48/36/17	17	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และมีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) 3อ.2ส.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป	60	4
51/37/18	18	ศูนย์ระดับตติยวิทย์อำเภอ/หน่วยระดับตติยวิทย์ระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระดับตติยวิทย์โรคติดต่อ	4 อำเภอ	3
54.2/39.2/19	19	54.2 อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	82.5	3
55/40/20	20	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า DOT โดยจนท. หรือ อสม.	80	2
57/42/21	21	ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด		3

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด		เป้าหมายพ.ศ.2562	น้ำหนัก(ร้อยละ)
มิติที่ 2 คุณภาพ (ร้อยละ 10)				
61/46/22	22	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	100	2.5
65/49/23	23	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	80	2.5
66/50/24	24	ร้อยละโรงพยาบาลพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ดี 85/ดีมาก 40	2.5
67/51/25	25	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	70/50	2.5
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)				
69/53/26	26	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	85	5
71/55/27	27	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	100	5
มิติที่ 4 พัฒนางองค์กร (ร้อยละ 15)				
72/56/28	28	ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์	90	3
73/57/29	29	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	90	3
74/58/30	30	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	70	3
75/59/31	31	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	30	3
78/61/32	32	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์	100	3

ตัวชี้วัดการประเมินผลงานด้านสาธารณสุข ปี 2562
ระดับ
จังหวัด | คปสอ. | รพ.สต.

มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัดที่ 1/1/1	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน หมายถึง ความสำเร็จ การบรรลุเป้าหมาย จากกระบวนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ หรือการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะมุ่งสร้างสมรรถนะของการสร้างสุขภาพดี ควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง และเป็นกระบวนการที่มุ่งดำเนินการกันทั้งบุคคลและสังคม พิจารณาความสำเร็จของการดำเนินงานตาม KPI ย่อย ดังนี้ 1. ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุขที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง) (10 คะแนน) 2. ร้อยละ 10 บุคลากรสาธารณสุขที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง (10 คะแนน) 3. ร้อยละ 10 ของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง) (15 คะแนน) 4. ร้อยละ 80 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการประเมินหาค่า BMI (10 คะแนน) 5. ร้อยละ 80 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (15 คะแนน) 6. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 (10 คะแนน) 7. ร้อยละประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา (10 คะแนน) 8. ร้อยละประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา (10 คะแนน) 9. มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (10 คะแนน) รายละเอียดการให้คะแนนตามแนบท้าย (ภาคผนวก 1/1/1)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ/บุคลากรสาธารณสุข/ประชาชนทั่วไป
เป้าหมาย	ร้อยละ 90
วิธีการประเมิน	1. พิจารณาผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินราย KPI ย่อย 9 ตัว 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงสู่ประเมินชมรมสร้างสุขภาพ 3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรฯ
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม 100
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 70			
	2	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 75			
	3	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 80			
	4	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 85			
	5	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ≥ ร้อยละ 90			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	ร้อยละความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	ร้อยละ	85.56	89.93	87.26
	ข้อมูลพื้นฐานรายอำเภอปี 2561				
	อำเภอ	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพฯ			
	เมืองหนองคาย	87.64			
	ท่าบ่อ	87.85			
	โพนพิสัย	92.01			
	ศรีเชียงใหม่	92.39			
สังคม	84.25				
สระใคร	85.40				
เผ้าไร่	86.42				
รัตนวาปี	88.80				
โพธิ์ตาก	87.71				
ร้อยละกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน					
อำเภอ	2560	2561	เพิ่ม/ลด		
เมืองหนองคาย	3.30	6.87	เพิ่มร้อยละ 108.2		
ท่าบ่อ	5.89	5.34	ลดลงร้อยละ 9.3		
โพนพิสัย	10.11	12.05	เพิ่มร้อยละ 19.2		
ศรีเชียงใหม่	7.13	9.78	เพิ่มร้อยละ 37.2		
สังคม	12.08	5.36	ลดลงร้อยละ 55.6		
สระใคร	5.43	4.41	ลดลงร้อยละ 18.8		
เผ้าไร่	5.15	7.46	เพิ่มร้อยละ 44.9		
รัตนวาปี	9.17	18.31	เพิ่มร้อยละ 99.7		
โพธิ์ตาก	2.68	0.92	ลดลงร้อยละ 65.7		
รวม	6.35	8.33	เพิ่มร้อยละ 31.2		

	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง			
	อำเภอ	2560	2561	เพิ่ม/ลด
	เมืองหนองคาย	11.91	14.91	เพิ่มร้อยละ 25.2
	ท่าบ่อ	15.43	8.53	ลดลงร้อยละ 44.7
	โพนพิสัย	8.49	5.24	ลดลงร้อยละ 38.3
	ศรีเชียงใหม่	21.38	36.44	เพิ่มร้อยละ 70.4
	สังคม	7.61	5.31	ลดลงร้อยละ 30.2
	สระใคร	8.83	3.61	ลดลงร้อยละ 59.1
	เฝ้าไร่	11.08	6.48	ลดลงร้อยละ 41.5
	รัตนวาปี	6.05	4.24	ลดลงร้อยละ 29.9
	โพธิ์ตาก	3.93	0.72	ลดลงร้อยละ 81.7
	รวม	11.01	10.08	ลดลงร้อยละ 8.4
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลสภาวะสุขภาพประชาชน รอบเอว/BMI /พฤติกรรมเสี่ยง 2. ข้อมูลรอบเอว/BMI บุคลากรสาธารณสุขในองค์กรรายบุคคล 3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการปี 2561 4. คำสั่งคณะทำงานบริหารจัดการสร้างสุขภาพ 5. รูปภาพกิจกรรม			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 08 9710 2475
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105
	นางณัฐกาญจน์ รียะบุตร			โทร. 08 9714 6494
	งาน : สุขศึกษาประชาสัมพันธ์			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 121
	นายประดิษฐ์ สารรัตน์			โทร. 08 1977 8442
	งาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 2/2/2	ร้อยละประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	ประชาชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18-59 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ (body mass index : BMI) หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม. เป็นค่าที่ได้จากน้ำหนักและส่วนสูงของปัจเจกบุคคล BMI นิยามว่า มวลกายหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง และแสดงในหน่วย กก./ม.2 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้ 1. ระดับผอมกว่าปกติ ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.4 2. ระดับปกติ ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 3. อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23 - 24.9 4. อ้วนระดับ 2 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25 - 29.9 5. อ้วนระดับ 3 ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 6. อ้วนระดับ 4 ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 18-59 ปี 11 เดือน 29 วัน					
เป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงาน ที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 62 ขึ้นไป					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/COCKPIT					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562					
ระดับจังหวัด						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนน						
ระดับจังหวัด						
ระดับ คปสอ.						
ระดับ รพ.สต.						
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ประชาชนวัยทำงานได้รับการวัด BMI ≥ ร้อยละ 80 และมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 42				
	2	ประชาชนวัยทำงานได้รับการวัด BMI ≥ ร้อยละ 80 และมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 47				
	3	ประชาชนวัยทำงานได้รับการวัด BMI ≥ ร้อยละ 80 และมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 52				
	4	ประชาชนวัยทำงานได้รับการวัด BMI ≥ ร้อยละ 80 และมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 57				
	5	ประชาชนวัยทำงานได้รับการวัด BMI ≥ ร้อยละ 80 และมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 62 ขึ้นไป				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ		ร้อยละ	50.21	56.97	59.73

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561(HDC)				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	56,312	29,311	52.05
	2	ท่าบ่อ	34,544	16,892	48.9
	3	โพนพิสัย	45,419	35,058	77.19
	4	ศรีเชียงใหม่	10,684	4,837	45.27
	5	สังคม	8,960	6,288	70.18
	6	สระใคร	8,198	4,241	51.73
	7	เผ่าไร่	16,783	9,554	56.93
	8	รัตนวาปี	17,601	10,960	62.27
	9	โพธิ์ตาก	4,961	4,377	88.23
		รวม	203,462	121,518	59.73
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูล BMI - ปชก.วัยทำงาน 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี Type 1,3 2. แผน/รูปกิจกรรม รณรงค์สร้างกระแสผ่านกิจกรรม“การเดิน-วิ่ง”ทางกายอย่างต่อเนื่อง ไตรมาสละ 1 ครั้ง 3. แผน/รูปกิจกรรม รณรงค์สร้างกระแสประชาสัมพันธ์ เน้น“เรื่องกิจกรรมทางกาย (การออกกำลังกาย)” ผ่านสื่อต่างๆ ไตรมาสละ 1 ครั้งรูปภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์			โทร. 08 1977 8442	
	นายเทอดไทย เหมืองทอง			โทร. 08 2124 0925	
	งานวัยทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123	

ตัวชี้วัดที่ 3/3/-	จังหวัด : ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้น คปสอ. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด : ร้อยละ ระดับ คปสอ. : ระดับ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus หมายถึง การปรับปรุง แนวทางการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ครอบคลุม 2 ส่วน ได้แก่ 1.1 การประเมินกระบวนการ ตาม 6 องค์ประกอบ (70 คะแนน) ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 1.2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 15 ตัวชี้วัด (30 คะแนน) กิจกรรมหลักในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus 1) ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้แก่หน่วยบริการระดับอำเภอ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2) หน่วยบริการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข และจัดทำสรุปผลส่งตามแผนสำนักโรคไม่ติดต่อ ในรอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง 3) จังหวัดลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus แก่สถานบริการสาธารณสุข และคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นระดับเขต พร้อมทั้งส่งรายงานผลการดำเนินงานตามแผนของสำนักโรคไม่ติดต่อ 4) จังหวัดรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ของเครือข่ายบริการสุขภาพ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และจัดทำสรุปผลส่งตามแผนสำนักโรคไม่ติดต่อ ในรอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง 5) รายงานกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน ในรอบ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน 2. NCD Clinic Plus หมายถึง คลินิก ศูนย์ เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุม และดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่กลุ่มประชากร กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมและเครือข่ายบริการ โดยมีการประเมินคุณภาพครอบคลุมทั้งการประเมินกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการบริการ สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F2, F3) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) โดยมุ่งเน้นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป $\geq$ ร้อยละ 60 ระดับ คปสอ. : ระดับดีขึ้นไป																																																
	หมายเหตุ : สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป หมายถึง ผ่านเกณฑ์การประเมิน คะแนน 70-100 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60																																																
วิธีการประเมิน	1. จากรายงานผลการประเมินตนเองคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 และรอบที่ 2 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงประเมินสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย 3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC																																																
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตุลาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562 รอบที่ 2 ตุลาคม 2561 – 31 กรกฎาคม 2562																																																
ระดับจังหวัด																																																	
ตัวชี้วัดที่ 1.1	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป																																																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป																																																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด																																																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="5">สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <30</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="5">สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 30</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="5">สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="5">สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="5">สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr></table>						ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					1	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <30					2	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 30					3	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40					4	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50					5	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60											
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																
1	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <30																																																
2	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 30																																																
3	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40																																																
4	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50																																																
5	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60																																																
ตัวชี้วัดที่ 1.2	ร้อยละของความสำเร็จการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus																																																
รายการข้อมูล 1	C = จำนวนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนด																																																
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนกิจกรรมทั้งหมดที่วางแผนในเวลาที่กำหนด (ในรอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน)																																																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน																																																
ระดับ คปสอ.	<table><tr><th rowspan="2">ชื่อตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>ขั้นตอนที่ 1</th><th>ขั้นตอนที่ 2</th><th>ขั้นตอนที่ 3</th><th>ขั้นตอนที่ 4</th><th>ขั้นตอนที่ 5</th></tr><tr><td rowspan="5">ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</td><td>1</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr></table>						ชื่อตัวชี้วัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1	✓					2	✓	✓				3	✓	✓	✓			4	✓	✓	✓	✓		5	✓	✓	✓	✓	✓
ชื่อตัวชี้วัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																															
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																											
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1	✓																																															
	2	✓	✓																																														
	3	✓	✓	✓																																													
	4	✓	✓	✓	✓																																												
	5	✓	✓	✓	✓	✓																																											
เกณฑ์เป้าหมายการตัดสินผลประเมิน	<table><tr><td>ไตรมาสที่ 1</td><td>ถึงขั้นตอนที่ 3</td></tr><tr><td>ไตรมาสที่ 2</td><td>ถึงขั้นตอนที่ 4.1</td></tr><tr><td>ไตรมาสที่ 3</td><td>ถึงขั้นตอนที่ 4.2</td></tr><tr><td>ไตรมาสที่ 4</td><td>ถึงขั้นตอนที่ 5</td></tr></table>						ไตรมาสที่ 1	ถึงขั้นตอนที่ 3	ไตรมาสที่ 2	ถึงขั้นตอนที่ 4.1	ไตรมาสที่ 3	ถึงขั้นตอนที่ 4.2	ไตรมาสที่ 4	ถึงขั้นตอนที่ 5																																			
ไตรมาสที่ 1	ถึงขั้นตอนที่ 3																																																
ไตรมาสที่ 2	ถึงขั้นตอนที่ 4.1																																																
ไตรมาสที่ 3	ถึงขั้นตอนที่ 4.2																																																
ไตรมาสที่ 4	ถึงขั้นตอนที่ 5																																																

รายละเอียดการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบการประเมิน					
1	วิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ	1.0	รายงานผลวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมปัญหาอุปสรรคและ ข้อเสนอแนะ เสนอผู้บริหาร โดยแนบหลักฐานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2561					
2	จัดทำแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2562	1.0	แผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2562 เสนอผู้บริหาร โดยแนบหลักฐานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2561					
3	ชี้แจงและถ่ายทอดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้แก่ สสจ./คปสอ. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	1.0	- เอกสารแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus - สรุปการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus โดยผ่านการประชุม, VDO Conference, หนังสือราชการ ฯลฯ พร้อมเสนอผู้บริหาร โดยแนบหลักฐานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2561					
4	4.1 ติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2562 รอบ 6 เดือน ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนฯ รอบ 6 เดือน เกณฑ์การให้คะแนน	0.5	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานรอบ 6 เดือน พร้อมปัญหาและอุปสรรค เสนอผู้บริหาร โดยแนบหลักฐานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ.2562					
	คะแนน			0.1	0.2	0.3	0.4	0.5
	ร้อยละ			80	85	90	95	100
	4.2 ติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2562 รอบ 9 เดือน ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนฯ รอบ 9 เดือน เกณฑ์การให้คะแนน							
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5			
ร้อยละ	80	85	90	95	100			
5	5.1 ติดตามผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2562 รอบ 12 เดือน ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนฯ รอบ 12 เดือน เกณฑ์การให้คะแนน	0.5	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานรอบ 12 เดือน พร้อมปัญหาและอุปสรรค เสนอผู้บริหาร โดยแนบหลักฐานในระบบ Estimates SM ภายในวันที่ 25 กันยายน พ.ศ.2562					
	คะแนน			0.1	0.2	0.3	0.4	0.5
	ร้อยละ			80	85	90	95	100
	5.2 ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้น (>ร้อยละ 60) เกณฑ์การให้คะแนน							
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5			
ร้อยละ	40	45	50	55	≥60			
หมายเหตุ : กรณีไม่รายงานภายในระยะเวลาที่กำหนดแต่ละขั้นตอน หักขั้นตอนละ 0.05 คะแนน กรณีไม่เสนอผู้บริหาร หักขั้นตอนละ 0.05 คะแนน								

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล :

- ไตรมาสที่ 1 ภายในวันที่ 25 ธันวาคม 2561
- ไตรมาสที่ 2 ภายในวันที่ 25 มีนาคม 2562
- ไตรมาสที่ 3 ภายในวันที่ 25 มิถุนายน 2562
- ไตรมาสที่ 4 ภายในวันที่ 25 กันยายน 2562

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ขั้นตอนที่ 1			
	2	ขั้นตอนที่ 2			
	3	ขั้นตอนที่ 3			
	4	ขั้นตอนที่ 4.1 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนฯรอบ 5 เดือน ร้อยละ 80			
	5	ขั้นตอนที่ 4.1 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนฯรอบ 5 เดือน ร้อยละ 100			
ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ใช้ผลประเมินตนเอง				

	ผลการประเมิน NCD Clinic Plus จังหวัดหนองคาย ปี 2560-2561		
	อำเภอ	ผลการประเมิน NCD Clinic Plus 2560	ผลการประเมิน NCD Clinic Plus 2561
	เมืองหนองคาย	ระดับดีเด่น	
	ท่าบ่อ	ระดับดีเด่น	
	โพนพิสัย	ระดับดีเด่น	
	ศรีเชียงใหม่	ระดับดีมาก	
	สังคม		ระดับดี
	สระใคร		ระดับพื้นฐาน
	เฝ้าไร่		ระดับดี
	รัตนวาปี		ยังไม่ได้ประเมิน
	โพธิ์ตาก		ยังไม่ได้ประเมิน
เอกสารอ้างอิง	1. รวบรวมรายงานผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self Assessment Report: SAR) 2.1 รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self Assessment Report: SAR) ตามคำรับรองฯ ของหน่วยงานรอบ 6 เดือน (ภายในวันที่ 25 มี.ค.62) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานลงในระบบ Estimates 2.2 รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self Assessment Report : SAR) ตามคำรับรองฯของหน่วยงานรอบ 9 เดือน (ภายในวันที่ 25 มิ.ย.62) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานลงในระบบ Estimates 2.3 รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการตนเอง (Self Assessment Report : SAR ตามคำรับรองฯของหน่วยงานรอบ 12 เดือน (ภายในวันที่ 25 ก.ย.62) พร้อมแนบเอกสารหลักฐานการดำเนินงานลงในระบบ Estimates		
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์	โทร. 089 7102475	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 4/4/3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานและมีระดับน้ำตาล FPG มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ไหนมาก่อน																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน																
เป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมาร้อยละ 5																
วิธีการประเมิน	ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2561 กับ ปี 2562 จาก HDC																
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตัดฐาน รอบที่ 2 ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2562																
โรคเบาหวาน																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา																
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] x 100																
ระยะเวลาประเมิน	12 เดือน																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1	2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2	3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3	4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4	5	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1																
2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2																
3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3																
4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4																
5	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ลดลงร้อยละ 5)</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>3,025</td><td>2,966 (ลด 1.95%)</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2559	2560	2561	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ลดลงร้อยละ 5)	ร้อยละ	-	3,025	2,966 (ลด 1.95%)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ															
		2559	2560	2561													
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ลดลงร้อยละ 5)	ร้อยละ	-	3,025	2,966 (ลด 1.95%)													

	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง			
	อำเภอ	2560	2561	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
	เมืองหนองคาย	1,023	923	ลดร้อยละ 9.78
	ท่าบ่อ	444	482	เพิ่มร้อยละ 8.56
	โพนพิสัย	543	596	เพิ่มร้อยละ 9.76
	ศรีเชียงใหม่	138	185	เพิ่มร้อยละ 34.06
	สังคม	90	105	เพิ่มร้อยละ 16.67
	สระใคร	86	138	เพิ่มร้อยละ 60.47
	เฝ้าไร่	340	214	ลดร้อยละ 37.06
	รัตนวาปี	281	225	ลดร้อยละ 19.93
	โพธิ์ตาก	80	98	เพิ่มร้อยละ 22.5
	รวม	3,025	2,966	ลดร้อยละ 1.95
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์		โทร. 089 7102475	
	งาน NCD กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 5/5/4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ 3																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ไหนมาก่อน																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง (I10 – I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน																
เป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ 3																
วิธีการประเมิน	ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2561 กับ ปี 2562 จาก HDC																
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตัดฐาน รอบที่ 2 ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2562																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา																
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] x 100																
ระยะเวลาประเมิน	12 เดือน																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 1</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 1.5</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2.5</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 3</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 1	2	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 1.5	3	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2	4	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2.5	5	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 3	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 1																
2	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 1.5																
3	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2																
4	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2.5																
5	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 3																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ลดลงร้อยละ 5)</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>5,533</td><td>5,893 (เพิ่ม 6.51%)</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ลดลงร้อยละ 5)	ร้อยละ	-	5,533	5,893 (เพิ่ม 6.51%)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2559	2560	2561													
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ลดลงร้อยละ 5)	ร้อยละ	-	5,533	5,893 (เพิ่ม 6.51%)													

	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง			
	อำเภอ	2560	2561	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
	เมืองหนองคาย	1,777	1,612	ลดร้อยละ 9.29
	ท่าบ่อ	802	918	เพิ่มร้อยละ 14.46
	โพนพิสัย	1,047	1,072	เพิ่มร้อยละ 2.39
	ศรีเชียงใหม่	391	540	เพิ่มร้อยละ 38.11
	สังคม	240	278	เพิ่มร้อยละ 15.83
	สระใคร	221	244	เพิ่มร้อยละ 10.41
	เฝ้าไร่	394	495	เพิ่มร้อยละ 25.63
	รัตนวาปี	495	552	เพิ่มร้อยละ 11.52
	โพธิ์ตาก	166	182	เพิ่มร้อยละ 9.64
	รวม	5,533	5,893	เพิ่มร้อยละ 6.51
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์		โทร. 089 7102475	
	งาน NCD กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 6/6/5	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน					
หน่วยวัด	อัตรา					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม. หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณปัจจุบัน					
เป้าหมาย	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50					
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC					
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน โดย อสม. หรือด้วยตนเอง (ภายใน 6 เดือนหลังจากได้รับการคัดกรองที่ รพ.แล้ว)					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ชื่อตัวชี้วัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
			รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	1	5	30		
		2	10	35		
		3	15	40		
		4	20	45		
		5	≥25	≥50		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน		ร้อยละ	-	-	47.96
	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	เมืองหนองคาย	1,097	556	50.68		
	ท่าบ่อ	932	329	35.3		
	โพนพิสัย	806	625	77.54		
	ศรีเชียงใหม่	703	299	42.53		
	สังคม	289	71	24.57		
	สระใคร	64	51	79.69		
	เผ่าไร่	314	89	28.03		
	รัตนวาปี	137	52	37.96		
	โพธิ์ตาก	24	23	95.83		
	รวม	4,366	2,095	47.96		
เอกสารอ้างอิง	- ระบบรายงาน HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวสลจิต บุตรเวทย์		โทร. 08-9710-2475			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105			

ตัวชี้วัดที่ 7/-/-	อัตราการโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5				
หน่วยวัด	อัตรา				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ผู้ป่วยเบาหวานตาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ตายจากสาเหตุอันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน (E10-E14) หมายเหตุ : ไม่นับที่เสียชีวิตจาก รหัส ICD10 ที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรดังนี้ V, X, S				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานตาย ในปีงบประมาณปัจจุบัน ที่มีรหัส ICD10 (E10-E14)				
เป้าหมาย	อัตราการโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5				
วิธีการประเมิน	จากข้อมูลของ กยผ.				
ระยะเวลาประเมิน	12 เดือน				
รายการข้อมูล 1	A : อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานปีที่ผ่านมา				
รายการข้อมูล 2	B : อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานปีปัจจุบัน				
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการโรคเบาหวานลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1			
	2	อัตราการโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2			
	3	อัตราการโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 3			
	4	อัตราการโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 4			
	5	อัตราการโรคเบาหวานลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	อัตราการโรคเบาหวานลดลง	อัตรา	29.64	21.14 ลดร้อยละ 28.68	19.40 ลดร้อยละ 8.23
เอกสารอ้างอิง	- ข้อมูลจาก กยผ.				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาววลจิต บุตรเวทย์		โทร. 08-9710-2475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 8/7/6	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี												
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย ระดับจังหวัด/ คปสอ.	การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบำลือ การดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2. สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบำลือการดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบคัดกรอง CCA01 ของโครงการ CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program และบันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในฐานข้อมูล Isan Cohort ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) และมีข้อมูลจำนวนผู้มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ผู้มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้ 1. มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเป็นคนอีสานโดยกำเนิด 2. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 3. ผู้ที่มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆสุกๆ 4. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี สูตรการคำนวณ : (A/B)*100 A : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 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 CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)												
2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)												
3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)												
4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)												
5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)												

ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไปในตำบล
ต้นแบบปี 2559, 2560, 2561 เป้าหมาย 18 ตำบล ละ 80 ราย (คนที่ยังไม่เคยตรวจ) และ
 ตำบลต้นแบบปี 2562 เป้าหมาย 10 ตำบล ละ 905 ราย ผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ/พยาธิอื่นๆ
 ได้รับยาฆ่าพยาธิ ให้สุศึกษา ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตาม
 พฤติกรรมโดยแบบบันทึกพฤติกรรมการกิน ระยะเวลาสองสัปดาห์ ห่างกัน 2 เดือน 1 ครั้ง ร้อยละ
 90 (คะแนนเต็ม 5)

อำเภอ	เป้าหมาย	ปี 2559				ปี 2560			
		ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	ความ ซุก	ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	ความซุก
เมือง	905 ราย					วัดธาตุ	909	100.00	2.31
ท่าบ่อ	905 ราย	น้ำโมง	905	100.00	0.8				
โพนพิสัย	905 ราย	จุมพล	976	100.00	1.84				
ศรีเชียงใหม่	905 ราย	พระพุทธรบาท	905	100.00	1.65				
สังคม	905 ราย					แก้งไก่อ	745	82.32	4.29
สระใคร	905 ราย					คอกช้าง	887	98.01	1.46
เผ่าไร่	905 ราย					หนองหลวง	752	83.09	5.98
รัตนวาปี	905 ราย	บ้านด่อน	926	100.00	42.66	บ้านด่อน			
โพธิ์ตาก	905 ราย					โพธิ์ตาก	679	75.02	2.35
รวม		4 ตำบล	3,710	100.00		4 ตำบล	3,972	87.78	3.19

อำเภอ	เป้าหมาย (ราย)	ปี 2561			
		ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	ความซุก
เมือง	905	หนองกอมเกาะ	915	100	1.74
ท่าบ่อ	905	บ้านถ่อน	914	100	0.32
โพนพิสัย	905	กุดบง	924	100	7.68
ศรีเชียงใหม่	905	พานพร้าว	616	68	0.64
สังคม	905	น้ำจืด	751	83	0.72
สระใคร	905	ฝาง	825	91.16	0.72
เผ่าไร่	905	เผ่าไร่	905	100	3.31
รัตนวาปี	905	รัตนวาปี	799	88.2	2.48
โพธิ์ตาก	905	โพนทอง	744	82.2	2.82
รวม	8,145	9 ตำบล	7,393	90.76	2.71

ตำบลต้นแบบปี 2562

อำเภอ	ตำบล
ท่าบ่อ	1. ตำบลนาข่า 2. ตำบลบ้านว่าน 3. ตำบลโคกคอน 4. ตำบลท่าบ่อ
โพนพิสัย	5. ตำบลวัดหลวง
ศรีเชียงใหม่	6. ตำบลบ้านหม้อ 7. ตำบลหนองปลาปาก
สังคม	8. ตำบลผาตั้ง
รัตนวาปี	9. ตำบลนาทับไฮ
โพธิ์ตาก	10. ตำบลด่านศรีสุข

สูตรการคำนวณ : (A/B)*100

A : จำนวนผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (คน)

B : จำนวนเป้าหมายที่กำหนด (ตำบลปี 2562 = 905 คน) (ตำบลปี 2559, 2560, 2561 = 80

คน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 50
2	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 60
3	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 70
4	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 80
5	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90

ขั้นตอนที่ 3 ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีจากผลการคัดกรองด้วยวาจา ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 เป้าหมาย ร้อยละ 50 (คะแนนเต็ม 10)

ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี หมายถึง ผู้ที่ตอบผลการคัดกรองด้วยวาจา มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

- มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเป็นคนอีสานโดยกำเนิด
- ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
- ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ
- มีญาติป่วยเป็นมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี

วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography) เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน และต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2559, ปี 2560 และปี 2561

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2559				ปีงบประมาณ 2560				ปีงบประมาณ 2561			
	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์
เมือง	58,195	47,364	81.39	1,259	61,052	41,906	68.64	2,429	55,665	30,103	54.08	1,399
ท่าบ่อ	31,392	26,438	84.22	1,368	30,354	26,742	88.1	1,545	29,873	27,678	88.6	1,321
โพนพิสัย	32,270	29,703	92.05	2,209	34,930	30,403	87.04	3,090	29,792	27,597	92.63	1,143
ศรีเชียงใหม่	4,596	3,977	86.53	767	10,035	8,872	88.41	188	9,334	7,741	82.9	312
สังคม	7,183	5,721	79.65	0	10,263	7,600	74.05	131	10,087	4,440	44.02	584
สระใคร	9,323	7,412	79.5	177	8,219	7,703	93.72	358	8,100	7,753	95.7	405
เผ่าไร่	1,524	12,880	82.97	282	16,572	13,403	80.88	953	16,345	14,032	85.84	413
รัตนวาปี	16,183	15,171	93.75	585	15,454	14,051	90.92	111	14,225	12,352	86.8	320
โพธิ์ตาก	5,145	4,351	84.57	583	5,789	5,619	97.06	804	5,399	5,300	98.1	627
รวม	179,811	153,017	85.1	7,223	192,668	156,299	81.12	9,609	178,820	130,256	72.8	6,524

สูตรการคำนวณ : (A/B)*100

A : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

B : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีจากการคัดกรองด้วยวาจา พบปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 10
4	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 20
6	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 30
8	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 40
10	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 50

ขั้นตอนที่ 4 อำเภอมีตำบลต้นแบบที่ดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ (คะแนนเต็ม 10)

กิจกรรมที่ 1 ตำบลต้นแบบ ปี 59, 60, 61 และ 62 มีการให้องค์ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาลเพื่อป้องกันปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรมที่ 2 ตำบลต้นแบบ ปี 59, 60, 61 และ 62 มีโรงเรียนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 โรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีผลประเมินการให้ความรู้แก่นักเรียนและผลงานของนักเรียนที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรมที่ 3 ตำบลต้นแบบ ปี 59, 60, 61 และ 62 มีธรรมนูญสุขภาพหรือมาตรการทางสังคมที่ชุมชนจัดตั้งขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ธรรมนูญสุขภาพหรือมาตรการทางสังคมในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 ตำบลต้นแบบ ปี 59, 60, 61 และ 62 มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 หมู่บ้าน ที่มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ **ร้อยละ 50** โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรกิน เป็นระยะเวลาสองสัปดาห์ห่างกันสองเดือน

กิจกรรมที่ 5 ตำบลต้นแบบ ปี 59, 60, 61 และ 62 มีการรณรงค์ ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชนในพื้นที่ ร้านค้า แผงลอย ในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 อำเภอมีตำบลที่มีนวัตกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการกำจัดปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอำเภอละ 1 นวัตกรรม

มาตรการทางสังคม คือ วิธีการหรือ กระบวนการ กฎ กติกา ที่มีการตกลงหรือมีพันธะที่จะถือปฏิบัติร่วมกันของชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

นวัตกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงจากของเดิมที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2	มีกิจกรรม 2 ข้อ
4	มีกิจกรรม 3 ข้อ
6	มีกิจกรรม 4 ข้อ
8	มีกิจกรรม 5 ข้อ
10	มีกิจกรรม 6 ข้อ

ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เป้าหมายร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน

B : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60
2	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70
3	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80
4	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90
5	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100

คำอธิบาย ระดับ รพ.สต./ PCU รพ.	การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดุง/ตำบลมี การดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการ ประสานและดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2. สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับ เครือข่าย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดุง/ตำบลมีการดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอายุ 40 ปี ขึ้นไป โดยใช้แบบคัดกรอง CCA01 ของโครงการ CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program และบันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใน ฐานข้อมูล Isan Cohort ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) และมีข้อมูลจำนวนผู้มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ผู้มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้ 1. มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเป็นคนอีสานโดยกำเนิด 2. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 3. ผู้ที่มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆสุกๆ 4. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี สูตรการคำนวณ : (A/B)*100 A : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 B : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด <table border="1" data-bbox="432 1227 1453 1731"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)</td></tr> </tbody> </table> ขั้นตอนที่ 2 รพ.สต.มีฐานข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี Isan Cohort (คะแนนเต็ม 5) สูตรการคำนวณ : - <table border="1" data-bbox="432 1890 1426 2024"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td><td>รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort ไม่มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน</td></tr> <tr> <td>5</td><td>รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน</td></tr> </tbody> </table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	3	รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort ไม่มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน	5	รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																		
1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)																		
2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)																		
3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)																		
4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)																		
5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2562)																		
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																		
3	รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort ไม่มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน																		
5	รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน																		

ขั้นตอนที่ 3 ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีจากผลการคัดกรองด้วยวาจา ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 เป้าหมาย ร้อยละ 50 (คะแนนเต็ม 10)

ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี หมายถึง ผู้ที่ตอบผลการคัดกรองด้วยวาจา มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

1. มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเป็นคนอีสานโดยกำเนิด
2. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
3. ผู้ที่มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆสุกๆ
4. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี

วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography) เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน และต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

B : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีจากการคัดกรองด้วยวาจา พบปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 10
4	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 20
6	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 30
8	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 40
10	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 50

ขั้นตอนที่ 4 รพ.สต.มีการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ (คะแนนเต็ม 10)

กิจกรรมที่ 1 รพ.สต. มีการให้องค์ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาลเพื่อป้องกันปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรมที่ 2 รพ.สต.มีการให้ความรู้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป้าหมาย 1 โรงเรียน จำนวน 1 ครั้ง และมีผลประเมินการให้ความรู้แก่นักเรียน

กิจกรรมที่ 3 รพ.สต.มีธรรมนูญสุขภาพหรือมาตรการทางสังคมที่ชุมชนจัดตั้งขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ธรรมนูญสุขภาพหรือมาตรการทางสังคมในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 รพ.สต.มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากเดิม 1 หมู่บ้าน ที่มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ร้อยละ 50 โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมกรกิน เป็นระยะเวลาสองสัปดาห์ห่างกันสองเดือน

กิจกรรมที่ 5 รพ.สต.มีการรณรงค์ ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชนในพื้นที่ ร้านค้า แผงลอย ในรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง

มาตรการทางสังคม คือ วิธีการหรือ กระบวนการ กฎ กติกา ที่มีการตกลงหรือมีพันธะที่จะถือปฏิบัติร่วมกันของชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	2	มีกิจกรรม 1 ข้อ		
	4	มีกิจกรรม 2 ข้อ		
	6	มีกิจกรรม 3 ข้อ		
	8	มีกิจกรรม 4 ข้อ		
	10	มีกิจกรรม 5 ข้อ		
	ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เป้าหมายร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)			
	สูตรการคำนวณ : (A/B)*100			
	A : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน			
	B : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60		
	2	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70		
3	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80			
4	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90			
5	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์			
เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ 5 (รอบที่ 1 = 9 คะแนน รอบที่ 2 = 31 คะแนน)			
วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยง ผลการตรวจอัลตราซาวด์ ผลการตรวจอุจจาระ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้สุขศึกษา ดูจากฐานข้อมูล Isan Cohort 2. หลักฐานอื่นๆ จากแผนงาน, เอกสารหลักฐาน และกิจกรรมเชิงประจักษ์			
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 (ขั้นตอนที่ 1-2 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort) คะแนนเต็ม 10 รอบที่ 2 : มีนาคม 2562-กรกฎาคม 2562 (ขั้นตอนที่ 1-5 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort) คะแนนเต็ม 35			
	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนรวม ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 2		A : คะแนนรวม ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5	
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม 10		B : คะแนนเต็ม 35	
สูตรคำนวณ	เท่ากับ A		เท่ากับ A	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จ	คะแนนรวม	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	คะแนนรวม	1-2	11-15
	2	คะแนนรวม	3-4	16-20
	3	คะแนนรวม	5-6	21-25
	4	คะแนนรวม	7-8	26-30
	5	คะแนนรวม	9-10	31-35

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																														
				2559	2560	2561																																												
	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี		ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																												
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี																																																		
<table><tr><td>อำเภอ</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>เมืองหนองคาย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>ท่าบ่อ</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>โพนพิสัย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>สังคม</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>สระใคร</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>เผ่าไร่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>รัตนวาปี</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>รวม</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr></table>							อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เมืองหนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	รวม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																															
เมืองหนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
รวม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																															
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Isan Cohort) 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 อำเภอ (HDC) 4. สรุปรายงานเชิงประจักษ์																																																	
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร. 09 3979 7082																																														
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร 0 4241 3345 ต่อ 105																																														

ตัวชี้วัดที่ 9/-/-	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
หน่วยวัด	อัตราต่อแสนประชากร
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิต ในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป และกำหนดให้ปี 2564 อัตราการเสียชีวิตไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 (ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) ในรอบ 9 เดือน หรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่า อัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดว่าจะเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการ แบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน) กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ในปีงบประมาณ 2562 จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 23.2 ต่อประชากรแสนคนโดยใช้ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ ปี 2560-2562 เน้นใน 4 ด้าน (1) ด้านการบริหารจัดการ (2) การจัดการข้อมูล (3) ด้านการป้องกัน และ (4) ด้านการรักษา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 23.2 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน)
วิธีการประเมิน	การคำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูล 3 ฐานของจังหวัดหนองคายในปีนั้น
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562
ระดับจังหวัด	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อแสนประชากร รอบที่ 1 ≤ 12 , รอบที่ 2 ≤ 23.2
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (จากข้อมูล 3 ฐาน)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อประชากรแสนคน)		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		≤ 20.0	≤ 31.2		
	2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		≤ 18.0	≤ 29.2		
	3	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		≤ 16.0	≤ 27.2		
	4	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		≤ 14.0	≤ 25.2		
	5	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		≤ 12.0	≤ 23.2		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2558	2559	2560	2561
	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อแสนประชากร)		อัตรา	84 (15.65) (43 แพ้ม) 517,260	149 (29.6) (3 ล้าน) 519,580	184 (35.36) (3 ล้าน) 520,363	122 (23.38) (3 ล้าน) (521,886)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561(ต.ค.60-ส.ค.61)						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา		
	1	เมืองหนองคาย	150,629	48	31.87		
	2	ท่าบ่อ	83,072	21	25.28		
	3	โพนพิสัย	98,846	23	23.27		
	4	ศรีเชียงใหม่	30,901	6	19.42		
	5	สังคม	25,294	6	23.72		
	6	สระใคร	26,784	2	7.47		
	7	เผ่าไร่	52,251	8	15.31		
	8	รัตนวาปี	38,768	7	18.06		
	9	โพธิ์ตาก	15,341	1	6.52		
		รวม	521,886	122	23.38		
เอกสารอ้างอิง	1) โปรแกรมรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แพ้ม (รหัส ICD-10 = V01-V89) /HDC และจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2) ข้อมูล 3 ล้าน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง)						
ผู้รับผิดชอบ	1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์. : 09-9576-0280 e-mail : kan.panug@gmail.com			
	2.นางสาวลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์. : 08-9710-2475 e-mail : yoljit17@gmail.com			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย			โทร.0-4242-1027 โทรสาร 0-4242-1026			

ตัวชี้วัดที่ 10/8/-	ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent)																													
หน่วยวัด	ร้อยละ (จังหวัด) จำนวนกิจกรรมในระดับดีมาก (คปสอ.)																													
น้ำหนัก	ร้อยละ																													
คำอธิบาย	แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2560-2562 เน้นใน 4 ด้าน (1) ด้านการบริหารจัดการ (2) การจัดการข้อมูล (3) ด้านการป้องกัน และ (4) ด้านการรักษา การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI ปี2562 ดังนี้ การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ โดยเกิดจากร่วมกันเลือกประเด็นปัญหาของอำเภอ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นปัญหา เพื่อไปสู่มาตรการป้องกัน พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผล กรอบการดำเนินงาน D-RTI : มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 8 กิจกรรม โดยมีเกณฑ์การดำเนินงาน ระดับดีมาก (Excellent) และดีเ่น (Advanced) รายละเอียดตามหนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกัน การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ ปี พ.ศ.2562” สามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com)																													
	<table><tr><th>กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}</th><th>ระดับดีมาก (Excellent)</th><th>ระดับดีเด่น (Advanced)</th></tr><tr><td>1) การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักกระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอ (นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ บุคคล, สภาวะแวดล้อม, ระบบที่เกี่ยวข้อง)</td><td>ย้อนหลัง 3 ปี</td><td>≥ 5 ปี</td></tr><tr><td>2) การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตฯ โดยใช้ Haddon Matrix</td><td>3 ครั้ง/ปี</td><td>≥ 5 ครั้ง/ปี</td></tr><tr><td>3) คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) หมายเหตุ: สามารถใช้แนวคิดอื่นได้ในการวิเคราะห์</td><td>3 ประเด็น</td><td>≥ 5 ประเด็น</td></tr><tr><td>4) การประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของ tüm สหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ) และสร้างบันไดผลลัพธ์</td><td>3 ครั้ง/ปี</td><td>≥ 5 ครั้ง</td></tr><tr><td>5) ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ</td><td>3 มาตรการ</td><td>≥ 5 มาตรการ</td></tr><tr><td>6) การจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) และแสดงผลงานกิจกรรมที่ดำเนินการของ RTI-Team หรือ ศปถ.อปท.</td><td>3 ทีม</td><td>≥ 5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ</td></tr><tr><td>7) การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)</td><td>3 จุด</td><td>≥ 5 จุด</td></tr><tr><td>8) การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค (แรงเสริม-แรงต้าน) และประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ</td><td>1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม</td><td>1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม และ มาตรการเฉพาะ</td></tr></table>			กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเด่น (Advanced)	1) การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักกระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอ (นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ บุคคล, สภาวะแวดล้อม, ระบบที่เกี่ยวข้อง)	ย้อนหลัง 3 ปี	≥ 5 ปี	2) การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตฯ โดยใช้ Haddon Matrix	3 ครั้ง/ปี	≥ 5 ครั้ง/ปี	3) คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) หมายเหตุ: สามารถใช้แนวคิดอื่นได้ในการวิเคราะห์	3 ประเด็น	≥ 5 ประเด็น	4) การประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของ tüm สหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ) และสร้างบันไดผลลัพธ์	3 ครั้ง/ปี	≥ 5 ครั้ง	5) ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	3 มาตรการ	≥ 5 มาตรการ	6) การจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) และแสดงผลงานกิจกรรมที่ดำเนินการของ RTI-Team หรือ ศปถ.อปท.	3 ทีม	≥ 5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ	7) การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)	3 จุด	≥ 5 จุด	8) การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค (แรงเสริม-แรงต้าน) และประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม และ มาตรการเฉพาะ
	กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเด่น (Advanced)																											
	1) การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักกระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอ (นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ บุคคล, สภาวะแวดล้อม, ระบบที่เกี่ยวข้อง)	ย้อนหลัง 3 ปี	≥ 5 ปี																											
	2) การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตฯ โดยใช้ Haddon Matrix	3 ครั้ง/ปี	≥ 5 ครั้ง/ปี																											
	3) คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) หมายเหตุ: สามารถใช้แนวคิดอื่นได้ในการวิเคราะห์	3 ประเด็น	≥ 5 ประเด็น																											
	4) การประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของ tüm สหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ) และสร้างบันไดผลลัพธ์	3 ครั้ง/ปี	≥ 5 ครั้ง																											
	5) ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	3 มาตรการ	≥ 5 มาตรการ																											
	6) การจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) และแสดงผลงานกิจกรรมที่ดำเนินการของ RTI-Team หรือ ศปถ.อปท.	3 ทีม	≥ 5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ																											
	7) การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)	3 จุด	≥ 5 จุด																											
8) การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค (แรงเสริม-แรงต้าน) และประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม	1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม และ มาตรการเฉพาะ																												

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.แต่ละอำเภอในจังหวัดหนองคาย					
เป้าหมาย	จังหวัด : ร้อยละ 50 ของอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) คปสอ. : ผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) รอบที่ 1 ผ่านเกณฑ์ 4 กิจกรรม รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ทั้ง 8 กิจกรรม					
วิธีการประเมิน	ประเมินตามแบบประเมินกรอบการดำเนินงาน D-RTI : มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 8 กิจกรรม โดยใช้เกณฑ์การดำเนินงาน ระดับดีมาก (Excellent)					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562					
ระดับจังหวัด	ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent)					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก ตามที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	A/B *100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 : อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก (4 กิจกรรม) รอบที่ 2 : อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก (8 กิจกรรม)					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก ร้อยละ 10 (1 อำเภอ)				
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก ร้อยละ 20 (2 อำเภอ)				
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก ร้อยละ 30 (3 อำเภอ)				
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก ร้อยละ 40 (4 อำเภอ)				
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ระดับดีมาก ร้อยละ 50 (5 อำเภอ)				
ระดับ คปสอ.	การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent)					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่1 เกณฑ์ระดับดีมาก	รอบที่2 เกณฑ์ระดับดีมาก		
	1	ดำเนินงาน อย่างน้อย (กิจกรรม)	0	4		
	2	ดำเนินงาน อย่างน้อย (กิจกรรม)	1	5		
	3	ดำเนินงาน อย่างน้อย (กิจกรรม)	2	6		
	4	ดำเนินงาน อย่างน้อย (กิจกรรม)	3	7		
	5	ดำเนินงาน อย่างน้อย (กิจกรรม)	4	8		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ผ่านการประเมิน D-RTI ระดับดี (Good)		แห่ง	NA	7	5
	ผ่านการประเมิน D-RTI ระดับดีมาก (Excellent)		แห่ง	NA	2	4

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	คะแนนเต็ม	ผลงาน	ระดับ
	1	หนองคาย	100	85	ดีมาก
	2	ท่าบ่อ	100	73	ดี
	3	โพนพิสัย	100	89	ดีมาก
	4	ศรีเชียงใหม่	100	91	ดีมาก
	5	สังคม	100	83	ดี
	6	สระใคร	100	80	ดีมาก
	7	เผ่าไร่	100	75	ดี
	8	รัตนวาปี	100	66	ดี
	9	โพธิ์ตาก	100	89	ดี
		รวม	100	81.22	G5 E4
เอกสารอ้างอิง	1. การประเมิน D-RTI ปี 2562 ของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์. : 09-9576-0280 e-mail : kan.panug@gmail.com	
	2. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์. : 08-9710-2475 e-mail : yoljit17@gmail.com	
	งานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย			โทร. 0-4242-1027 โทรสาร 0-4242-1026	

การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI ปี 2562 ดังนี้

รอบที่.....วันที่.....อำเภอ..... จ.หนองคาย

กรอบการดำเนินงาน D-RTI : มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 8 กิจกรรม โดยอำเภอเลือกดำเนินงาน 8 กิจกรรม จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent) รายละเอียดตามหนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในระดับอำเภอ ปี 2562” และสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com

กิจกรรม D-RTI	หลักฐานการดำเนินงาน	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์ระดับผลงาน
1. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง	จัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบลและกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอ (นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ บุคคล , สภาวะแวดล้อม, ระบบที่เกี่ยวข้อง)	ระบุ.....ปี หลักฐาน มี ไม่มี	ดีมาก : ย้อนหลัง 3 ปี ดีเด่น : 5 ปีขึ้นไป
2. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ Haddon Matrix	มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร (เกณฑ์การสอบสวน กรณีเสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป)	จำนวนสอบสวน.....ครั้ง หลักฐาน มี.....ครั้ง	ดีมาก : 3 ครั้ง/ปี ดีเด่น : ≥5 ครั้ง/ปี
3. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาวัยแผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นได้ในการวิเคราะห์		จำนวน.....ประเด็น 1. 2. 3.	ดีมาก : 3 ประเด็น ดีเด่น : ≥5 ประเด็น
4. การประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ) และสร้างบันไดผลลัพธ์)	- มีหลักฐานการประชุมแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาในอำเภอ ได้แก่ รายชื่อ/หน่วยงาน/ผู้เข้าร่วมประชุม หรือตามที่ทีมกำหนดร่วมวางแผน แลกเปลี่ยนทรัพยากร และภาพถ่ายการประชุม - สามารถใช้ในการประชุม ศปถ.อำเภอ/ท้องถิ่น หรือการประชุมทีมสหสาขาอื่นๆ	จำนวน.....ครั้ง วันที่ประชุม 1. 2. 3.	ดีมาก : 3 ครั้ง/ปี ดีเด่น : ≥5 ครั้ง/ปี
5. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	มาตรการแก้ไขปัญหาที่เชื่อมโยงกับการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหาตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเช่น กลุ่มเยาวชนอายุเช่น กลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มสถานประกอบการ กลุ่มเด็กชิ่ง กลุ่มทำผิดกฎจราจร เช่น ย้อนศร ฝ่าฝืนสัญญาณไฟ หรือกลุ่มที่เป็นปัญหาอื่นๆ ฯลฯ	จำนวน.....มาตรการ 1. 2. 3.	ดีมาก : 3 มาตรการ ดีเด่น : ≥5 มาตรการ

กิจกรรม D-RTI	หลักฐานการดำเนินงาน	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์ระดับผลงาน
6. การจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) และแสดงผลงานกิจกรรมที่ดำเนินการของ RTI-Team หรือ สปถ.อปท.	■ มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงาน ที่มีสมาชิกมาจากองค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครของชุมชน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพ, อปพร., อสม., ขรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI Team ตำบล) ■ มีเอกสารหลักฐาน ได้แก่ 1) การจัดตั้ง RTI Team ตำบล 2) การประชุม RTI Team ตำบล 3) กิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ของ RTI Team ตำบล 4) ภาพการประชุม/กิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของ RTI Team ตำบล	จำนวน.....ทีม ชื่อทีม+หลักฐาน 1. 2. 3. 4. 5.	ดีมาก : 3 ทีม ดีเด่น : ≥ 5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ
7. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)	■ มีการชี้เป้าจุดเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง โดยการนำข้อมูลของสาธารณสุขและหน่วยงานเครือข่าย หรือข้อมูลจากการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและกำหนดจุดเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง เช่น ถนนทางแยก หน้าโรงเรียน โรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกินขีดรับเร็ว จอดรถไหล่ทาง เป็นต้น ■ มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อชี้เป้าและการแก้ไขจุดเสี่ยงในการประชุมทีมสหสาขา เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไข ทั้งเชิงกายภาพ หรือเชิงพฤติกรรม เช่น การขยับรถย้อนศร การจอดบนไหล่ทางของรถใหญ่ การบรรทุกเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย เป็นต้น ■ มีเอกสารหลักฐาน ได้แก่ ภาพถ่าย พิกัดตำแหน่งที่ตั้งจุดเสี่ยง เช่น ชื่อถนน/แยก หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และรายละเอียดการแก้ไข	จุดเสี่ยง หรือ ถนนปลอดภัย จำนวน.....จุด คือ 1. 2. 3.	ดีมาก : 3 จุด ดีเด่น : ≥ 5 จุด
8. การสรุปผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยนผลเปรียบเทียบกับข้อมูล การเสียชีวิต,การบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค (แรงเสริม-แรงต้าน) และประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ	■ มีรายงานสรุปผลการดำเนินงาน 1 ฉบับ ■ มีเอกสารหลักฐาน ดังนี้ 1) มีสรุปการติดตามประเมินผล โดยเปรียบเทียบข้อมูลกับปีที่ผ่านมา ได้แก่ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และเสียชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น กรณีดำเนินงานไม่ครบ 1 ปี สามารถใช้ข้อมูลถึงเดือนก่อนที่จะเข้ารับการประเมินได้ 2) ข้อมูลที่นำมาใช้ ได้แก่ โรงพยาบาล ตำรวจ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (www.ThaiRSC.com) หรือจากการบูรณาการข้อมูล 3 หน่วยงาน		ดีมาก : 1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวม ดีเด่น : 1 ฉบับ มีการประเมินภาพรวมและมาตรการเฉพาะ
จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก.....กิจกรรม จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่น.....กิจกรรม		ค่าคะแนนที่ได้..... ระดับ ดีมาก ดีเด่น ไม่ผ่าน	

ตัวชี้วัดที่ 11/-/-	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล) (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง																	
เป้าหมาย	< ร้อยละ 6																	
วิธีการประเมิน	ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย																	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562																	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน																	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%	2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%	3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%	4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%	5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%																	
2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%																	
3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%																	
4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%																	
5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%</td><td>ร้อยละ</td><td>3.19</td><td>2.44</td><td>3.05</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2559	2560	2561	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%	ร้อยละ	3.19	2.44	3.05
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																
		2559	2560	2561														
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%	ร้อยละ	3.19	2.44	3.05														
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม ข้อมูลระบบ HDC																	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail : poo_b12@hotmail.com															
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		0 4241 3354 ต่อ 105															

ตัวชี้วัดที่ 12/-/-	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ				
หน่วยวัด	อัตราต่อแสนประชากร				
น้ำหนัก	อัตรา				
คำอธิบาย	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี 2560 – 2564) คือ ลดอัตราการตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร				
เป้าหมาย	น้อยกว่า 26 ต่อแสนประชากร				
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562				
ระดับจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100,000				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < 30 ต่อแสนประชากร			
	2	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < 29 ต่อแสนประชากร			
	3	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < 28 ต่อแสนประชากร			
	4	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < 27 ต่อแสนประชากร			
	5	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < 26 ต่อแสนประชากร			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	อัตรา	12.70	8.81	9.96
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail : poo_b12@hotmail.com		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		0 4241 3354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 13/9/-	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบเอสทียก (ST segment elevation) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันทั่วถึง จะช่วยลดอัตราการการตายของผู้ป่วย โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น PCI (Percutaneous Coronary Intervention) หมายถึง การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ซึ่ง รพ.ในระดับ F3 มีการส่งต่อไปทำ PCI ที่ รพศ.อุดรธานี รพ.ในระดับ F3 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาดเตียง 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีตึกผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับจังหวัด : จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F3 ขึ้นไปทุกแห่ง ระดับ คปสอ. : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 100
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัด : 1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน 2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่าง โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน 3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) แก่ผู้ป่วยได้จริง และมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI (ในปี พ.ศ.2561 $\geq$ ร้อยละ 50) 4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ระดับ คปสอ. : ประเมินจาก รายงานข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด/ส่งทำ PCI ในผู้ป่วย STEMI
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562
ระดับจังหวัด	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)
รายการข้อมูล 1	A : รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI
รายการข้อมูล 2	B : รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ60				
	2	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ70				
	3	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ80				
	4	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ90				
	5	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 100				
ระดับคปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) /PCI ในผู้ป่วย STEMI ได้					
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ได้รับการการรักษา โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI					
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI ร้อยละ 80				
	2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI ร้อยละ 85				
	3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI ร้อยละ 90				
	4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI ร้อยละ 95				
	5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI ร้อยละ 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้		ร้อยละ	100	100	100
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)		ร้อยละ	96.51	97.14	96.61
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	รพ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	22	21	95.45	
	2	ท่าบ่อ	17	16	94.12	
	3	โพนพิสัย	7	7	100	
	4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100	
	5	สังคม	3	3	100	
	6	สระใคร	2	2	100	
	7	เผ่าไร่	3	3	100	
	8	รัตนวาปี	1	1	100	
	9	โพธิ์ตาก	0	0	100	
	10	พิสัยเวหา	3	3	100	
		รวม	59	57	96.61	

เอกสารอ้างอิง	- รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI - รายงานข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail : poo_b12@hotmail.com 0 4241 3354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 14/10/7	ระดับจังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 ระดับ รพ.สต. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU2												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำนิยาม	1. การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วยตัวชี้วัด RDU1 และ RDU2 - RDU1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย - RDU2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน 2 โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้ ชั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU1</th><th>RDU2</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ Process 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Output 1. อัตราการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td><td> Output จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table> ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</th><th>RDU2 : ประเมินผล (Output)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอด ปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ Warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นในกรณีใส่ mechanical heart valve) </td><td> รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table> ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)</th><th>RDU2 : ประเมินผล (Output)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด </td><td> รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table>	RDU1	RDU2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ Process 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Output 1. อัตราการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	Output จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอด ปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ Warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นในกรณีใส่ mechanical heart valve)	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU1	RDU2												
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ Process 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Output 1. อัตราการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	Output จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค												
RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)												
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอด ปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ Warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นในกรณีใส่ mechanical heart valve)	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค												
RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)												
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค												

2. การประเมินระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพออย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate ของโรงพยาบาล 5 กิจกรรมสำคัญ โดยการประเมินตนเอง (self-assessment) ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง (ธันวาคม 2561 และ มิถุนายน 2562) และการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้		
ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
ระดับ 1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	< 150 คะแนน
ระดับ 2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	≥ 150 – 250 คะแนน
ระดับ 3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ 250 – 350 คะแนน
ระดับ 4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	≥ 350 คะแนน

รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ

กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)		
1	กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (100 คะแนน) (1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR (5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน	
2	การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (100 คะแนน) (1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำ Antibioqram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (6) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (7) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (8) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (9) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (10) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต	
3	การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (100 คะแนน) (1) การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3) การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ (4) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (5) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (6) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (7) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (8) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกจ่ายอย่างเหมาะสม (9) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	
4	การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (100 คะแนน) (1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC	
5	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (100 คะแนน) (1) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล (2) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.ทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
เป้าหมาย รอบที่ 1	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ชั้นที่ 1 ทุกแห่งและ ชั้น 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลทั้งหมด หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ชั้นที่ 2 (ระดับคะแนนที่ 5) หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ระดับ รพ.สต. : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20) ทั้ง 2 โรค (ระดับคะแนนที่ 5)
เป้าหมาย รอบที่ 2	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ชั้นที่ 1 ทุกแห่ง ชั้น 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และชั้น 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลทั้งหมด หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ชั้นที่ 3 (ระดับคะแนนที่ 5) หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ระดับ รพ.สต. : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20) ทั้ง 2 โรค (ระดับคะแนนที่ 5)
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) ให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 2 ไตรมาสที่ 3 ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 3 ไตรมาสที่ 4 ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 4
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 1/ชั้นที่ 2/ชั้นที่ 3
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณ RDU	ระดับจังหวัด : $(A/B) \times 100$
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด รอบที่ 1	ระดับคะแนน
	เกณฑ์การให้คะแนน
	1 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 60
	2 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 80
	3 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100
	4 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 10
รอบที่ 2	5 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 20
	ระดับคะแนน
	เกณฑ์การให้คะแนน
	1 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 80
	2 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100
	3 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 10
	4 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 20
	5 รพ.ผ่าน RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100 RDU, ชั้น 2 ร้อยละ 20 และ ชั้น 3 ร้อยละ 10

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 40 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 40			
	2	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 35 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 35			
	3	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 30 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 30			
	4	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 25 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 25			
	5	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2559	2560
				2561	
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล		ร้อยละ	-	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100 ร้อยละ 100
					RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 22.22
เอกสารอ้างอิง ระดับจังหวัด	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล				
เอกสารอ้างอิง ระดับ คปสอ.	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ และรายงานการประชุม 2. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 4. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 5. รายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด 6. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 7. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)				
เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต.	1. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 2. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 3. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 4. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 5. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)				
ผู้รับผิดชอบ	1. ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง			โทร. 081-8713114	
	2. ภญ.ปิยะมาศ ปรีชาภู			โทร. 083-2906287	
	3. ภญ.มนสิชา บุรณะบุญยัติ			โทร. 091-0639982	
	งานพัฒนางานเภสัชกรรมและระบบบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129	

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

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

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
19	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	
20	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	

ตัวชี้วัดที่ 15/-/-	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่องและทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน และทุกสิทธิการรักษา) หมายเหตุ : - การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) - สาขาโรคหัวใจ ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25 - สาขาโรคมะเร็ง ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด - สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98 - สาขาทารกแรกเกิด ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่ได้กายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON - ทั้งผู้ป่วยนอกและใน ที่มี REFEROUTHOSP=5 หลัก																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลใน รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ																	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ลดลงร้อยละ 10																	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/จังหวัดจัดเก็บข้อมูลและส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข																	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562																	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562																	
ระดับจังหวัด	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2562																	
สูตรคำนวณ	(A-B)/A x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ12 เดือน)																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6</td></tr><tr><td>2</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8</td></tr><tr><td>3</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10</td></tr><tr><td>4</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr><tr><td>5</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 14</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6	2	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8	3	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10	4	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 12	5	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 14	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6																	
2	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8																	
3	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10																	
4	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 12																	
5	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 14																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ</td><td>ลดลงร้อยละ 10</td><td>ลดลง 7.99</td><td>ลดลง 17.49</td><td>ลดลง 21.59</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ	ลดลงร้อยละ 10	ลดลง 7.99	ลดลง 17.49	ลดลง 21.59
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2559	2560	2561														
การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ	ลดลงร้อยละ 10	ลดลง 7.99	ลดลง 17.49	ลดลง 21.59														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	สาขา	ข้อมูลปี 2559	ข้อมูลปี 2560	ข้อมูล 2560 (11 ด.)	ข้อมูล 2561 (11 ด.)	เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 10
	สาขาโรคหัวใจ	335	331	42	30	ลดลง ร้อยละ 28.57
	สาขาโรคมะเร็ง	957	943	109	103	ลดลง ร้อยละ 5.50
	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	29	42	54	39	ลดลง ร้อยละ 27.77
	สาขาทารกแรกเกิด	107	91	59	53	ลดลง ร้อยละ 10.16
	ภาพรวมทั้งจังหวัด	1,428	1,407	264	207	ลดลง ร้อยละ 21.59
ข้อมูลจากระบบ Hosxp. วันที่ประมวลผล : 1 สิงหาคม 2561						
เอกสารอ้างอิง	แฟ้ม HDC					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวศิริไลซ์ ศรีวิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย			โทรศัพท์. : 086-8549730 e-mail: emsnongkhai_1669@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 611		
	2. นายสมพร เจือจันทิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์. : 08-9571- 1175 e-mail :		
	3. นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์. : 08-9941-8836		
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 16/11/-	อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)																																		
หน่วยวัด	อัตรา																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอดรอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) จำนวนทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากแฟ้ม LABOR เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัด - LABOR=>LBORN = จำนวนเด็กเกิดมีชีพ จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน จากแฟ้ม SERVICE, ADMISSION และ PERSON เสียชีวิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ประมวลผลจาก วันที่จำหน่าย ลบ วันเดือนปีเกิดเด็ก - สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ SERVICE=>TYPEOUT = 4,5,6 - สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย ADMISSION=>DISCHSTATUS = 8,9 - วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย ADMISSION=>DISCHTYPE = 8,9 - วันเดือนปีเกิด PERSON=>BIRTH ขั้นตอนการดำเนินงาน 1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกโรงพยาบาล 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ได้แก่ รพท.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ/รพช.โพนพิสัย/รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม ยกเว้น รพช.สระใคร/รพช.เผ่าไร่/รพช.รัตนวาปี/รพช.โพธิ์ตาก																																		
เป้าหมาย	<4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ																																		
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																																		
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราตายทารกแรกเกิด																																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) X 1,000																																		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤8: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤8: 1,000 การเกิดมีชีพ				2	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7: 1,000 การเกิดมีชีพ				3	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6: 1,000 การเกิดมีชีพ				4	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5: 1,000 การเกิดมีชีพ				5	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4: 1,000 การเกิดมีชีพ			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤8: 1,000 การเกิดมีชีพ																																		
2	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7: 1,000 การเกิดมีชีพ																																		
3	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6: 1,000 การเกิดมีชีพ																																		
4	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5: 1,000 การเกิดมีชีพ																																		
5	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4: 1,000 การเกิดมีชีพ																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2559</td><td>2560</td><td>2561</td></tr><tr><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน</td><td><3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ</td><td>3.62 (17/4,695)</td><td>4.7 (22/4,619)</td><td>3.34 (15/4,481)</td></tr></table> : ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 กันยายน 2561					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	3.62 (17/4,695)	4.7 (22/4,619)	3.34 (15/4,481)																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2559	2560	2561																															
อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	3.62 (17/4,695)	4.7 (22/4,619)	3.34 (15/4,481)																															

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2,616	13	4.97
	2	ท่าบ่อ	1,129	2	1.77
	3	โพนพิสัย	619	0	0
	4	ศรีเชียงใหม่	52	0	0
	5	สังคม	63	0	0
	6	สระใคร	1	0	0
	7	เผ่าไร่	1	0	0
	8	รัตนวาปี	0	0	0
	9	โพธิ์ตาก	0	0	0
	10	พิสัยเวหา	0	0	0
		รวม	4,481	15	3.34
	ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 ตุลาคม 2561				
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย จาก HDC				
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงภูษณีย์ กนกศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212	
	นางปริณดา ไตรยะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 08 1749 6251 e-mail : Parindaaso@hotmail.com โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212	

ตัวชี้วัดที่ 17/12/8	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)										
หน่วยวัด	ร้อยละ										
น้ำหนัก	ร้อยละ										
คำอธิบาย	การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่ 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้ 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS $\leq$ ร้อยละ 50 หรือ - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) $\leq$ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 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 โดยเกณฑ์ระดับคะแนนการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ดังนี้ <table border="0"> <tr> <td>คะแนนร้อยละ 60-69</td><td>ระดับพอใช้</td></tr> <tr> <td>คะแนนร้อยละ 70-79</td><td>ระดับดี</td></tr> <tr> <td>คะแนนร้อยละ 80-89</td><td>ระดับดีมาก</td></tr> <tr> <td>คะแนนร้อยละ 90-99</td><td>ระดับดีเด่น</td></tr> <tr> <td>คะแนนร้อยละ 100</td><td>ระดับดีเยี่ยม</td></tr> </table>	คะแนนร้อยละ 60-69	ระดับพอใช้	คะแนนร้อยละ 70-79	ระดับดี	คะแนนร้อยละ 80-89	ระดับดีมาก	คะแนนร้อยละ 90-99	ระดับดีเด่น	คะแนนร้อยละ 100	ระดับดีเยี่ยม
คะแนนร้อยละ 60-69	ระดับพอใช้										
คะแนนร้อยละ 70-79	ระดับดี										
คะแนนร้อยละ 80-89	ระดับดีมาก										
คะแนนร้อยละ 90-99	ระดับดีเด่น										
คะแนนร้อยละ 100	ระดับดีเยี่ยม										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ A, S, M, F) /รพ.สต. ทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย										
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด และ ระดับ คปสอ.: รพ.+รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 50 ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก										
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ										
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 :ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562										

ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ที่มีคะแนนระดับดีมาก					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ทั้งหมดในจังหวัดหนองคาย					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 30				
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 40				
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 50				
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 60				
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 70				
	ระดับ รพ./รพ.สต.	โรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ระดับดีมาก				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคะแนนที่ได้					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนคะแนนเต็มของเกณฑ์ประเมินแต่ละระดับ					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับพอใช้ (ร้อยละคะแนน 60-69)				
	2	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดี (ร้อยละคะแนน 70-79)				
	3	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดีมาก (ร้อยละคะแนน 80-89)				
	4	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดีเด่น (ร้อยละคะแนน 90-99)				
	5	คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดีเยี่ยม (ร้อยละคะแนน 100)				
	รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
			2559	2560	2561	
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแล แบบประคับประคอง (Palliative Care)		ร้อยละ	100	100	100	
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561						
ลำดับ		คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
1		หนองคาย	21	21	100	
2		ท่าบ่อ	11	11	100	
3		โพนพิสัย	16	16	100	
4		ศรีเชียงใหม่	7	7	100	
5		สังคม	6	6	100	
6		สระใคร	4	4	100	
7		เผ่าไร่	8	8	100	
8		รัตนวาปี	7	7	100	
9		โพธิ์ตาก	6	6	100	
		รวม	86	86	100	
เอกสารอ้างอิง	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม LTC Version2 2. ทะเบียนผู้มารับบริการของผู้ป่วย Palliative Care					
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงโมฬี นาคสาร			โทร. (มือถือ)		
	นางลำยอง เลขนอก			โทร. 08-9617-9089		
	นางกนกกร ราชป้อมขันธุ์			โทร. 09-7036-3517		
	เภสัชกรหญิง กฤษติยา พุ่มบัว			โทร. 08-9841-8107		
	โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 0-4241-3456		

ตัวชี้วัดที่ 18/3/9	ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการที่ผู้ป่วยนอกทั้งหมดได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา - การบำบัดหม้อเกลือ - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง 3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น - การฝังเข็ม - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง 4. บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6. ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนครั้งประชาชนได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น 1) รพศ./รพท.อย่างน้อยร้อยละ 11 2) รพช.อย่างน้อยร้อยละ 19 3) รพ.สต.อย่างน้อยร้อยละ 36 7. ผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด หมายถึง จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งหมด (ทั้งแผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ - สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 80 ระดับ รพ.สต. : ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36

วิธีการประเมิน	1. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. จังหวัดประเมินการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562	
ระดับ จังหวัด/คปสอ.	หน่วยบริการสาธารณสุขมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนแห่งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนแห่งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยบริการสาธารณสุขมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพฯ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60
	2	หน่วยบริการสาธารณสุขมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพฯ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65
	3	หน่วยบริการสาธารณสุขมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพฯ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70
	4	หน่วยบริการสาธารณสุขมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพฯ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75
	5	หน่วยบริการสาธารณสุขมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพฯ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80
ระดับ รพ.สต.	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 12
	2	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18
	3	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 24
	4	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 30
	5	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
				2559	2560	2561			
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		ร้อย ละ	18.36	16.91	17.20			
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561								
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน			รวม	ร้อยละ	
				รพ.	ร้อยละ	สสอ.	ร้อยละ		
	1	หนองคาย	413,422	44,259	14.56	26,690	24.37	70,949	17.16
	2	ท่าบ่อ	317,265	21,326	10.14	11,346	10.61	32,672	10.30
	3	โพนพิสัย	261,382	19,117	16.17	30,400	21.24	49,517	18.94
	4	ศรีเชียงใหม่	84,441	10,632	19.44	4,975	16.72	15,607	18.48
5	สังคม	109,164	16,395	30.41	25,419	46.01	41,814	38.30	
6	สระใคร	59,554	8,597	19.32	2,566	17.04	11,163	18.74	
7	เผ่าไร่	122,670	4,943	9.07	7,163	10.50	12,106	9.87	
8	รัตนวาปี	85,988	3,356	7.67	6,250	14.79	9,606	11.17	
9	โพธิ์ตาก	40,465	4,317	20.92	9,933	50.08	14,250	35.22	
10	พิสัยเวหา	20,833	2,870	13.78	0	0	2,870	13.78	
	รวม	1,515,184	135,812	14.68	124,742	21.14	260,554	17.20	
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ขั้นตอนการรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 6. ภาพกิจกรรม								
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.จรัสศรี อาจศิริ					โทร. 08 1544 7472			
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สสจ.หนองคาย					โทร. 0 4242 1438 ต่อ 109			

ตัวชี้วัดที่ 19/14/-	19.1 ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ 19.2 ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เกล็ดซึมบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems -10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า หมายถึง การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ, ผู้ป่วยเรื้อรัง, หญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอด) โดยการใช้แบบประเมิน 2Q-9Q โดยถ้าคำตอบ 2Q ข้อใดข้อหนึ่งหรือมีทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ถ้าคะแนนแบบประเมิน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า ให้ส่งพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยและรักษาต่อไป												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป												
เป้าหมาย	1. ร้อยละ 65 2. ร้อยละ 90												
วิธีการประเมิน	1. โปรแกรม HOSxP/ 43 แฟ้ม 2. โปรแกรม HOSxP / JHCIS												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	1. ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2562												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามืดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ จำนวนประชากรกลางปีอายุ 15 ปีขึ้นไป x ค่าประมาณการ (2.7) 100												
สูตรคำนวณ	สูตรการหาร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45	2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50	3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55	4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60	5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45												
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50												
3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55												
4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60												
5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65												

ระดับจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.	2. ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	$(A \times 100) / B$			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	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
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2559 2560 2561
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ		ร้อยละ	46.77 46.05 56.74
	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า		ร้อยละ	93.31 93.37 93.37
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ปีงบประมาณ 2561			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน ร้อยละ
	1	หนองคาย	3,366	1,221 36.27
	2	ท่าบ่อ	1,815	1,731 95.37
	3	โพนพิสัย	2,183	1,263 57.86
	4	ศรีเชียงใหม่	629	755 120.03
	5	สังคม	545	421 77.25
	6	สระใคร	580	320 55.17
	7	เผ่าไร่	1,143	81 7.09
	8	รัตนวาปี	846	515 60.87
	9	โพธิ์ตาก	339	187 55.16
		รวม	11,446	6,494 56.74
	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2561			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน ร้อยละ
	1	หนองคาย	26,056	24,135 92.63
	2	ท่าบ่อ	18,724	17,752 94.81
	3	โพนพิสัย	32,106	29,894 93.11
	4	ศรีเชียงใหม่	7,125	6,423 90.15
	5	สังคม	6,745	6,185 91.70
	6	สระใคร	4,569	4,287 93.83
	7	เผ่าไร่	9,306	8,704 93.53
	8	รัตนวาปี	7,879	7,504 95.24
	9	โพธิ์ตาก	3,473	3,281 94.47
	10	พิสัยเวหา	2,044	2,031 99.36
		รวม	119,980	112,025 93.37
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม HOSxP 2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แห่ง			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์		โทร. 08 9710 2475	
	นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา		โทร. 09 1060 7182	
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 20/15/-	20.1 อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร 20.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 80
หน่วยวัด	อัตรา/ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ (รหัส X60-X84) อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตายในจำนวนประชากรแสนคน ผู้พยายามฆ่าตัวตาย : ผู้กระทำการปลิดชีวิตตนเอง มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิต เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้นหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อม ด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่เสียชีวิตด้วยเหตุใดก็ตาม การดูแลช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการคัดกรอง เฝ้าระวังด้วยวิธีการและ/หรือเครื่องมือสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ได้รับการตรวจรักษาตามอาการและได้รับการดูแลด้านสังคมจิตใจ ตามลักษณะปัญหา หรือ อาการที่พบ ได้แก่ การให้ยา สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษา การทำจิตบำบัด ฯลฯ เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ควรจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นั้ตมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15-30 วัน ตามสภาพความรุนแรงของปัญหา และ ความต้องการของผู้รับบริการ การบันทึกข้อมูล บันทึกในโปรแกรม Dashboard และโปรแกรมดูแลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย รง.506 S ผ่านทางwebsite www.suicidethai.com
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนในจังหวัดหนองคายทุกคน 2. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	1. ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร 2. ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/โปรแกรม 506S
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ต้นฤดู รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562
ระดับจังหวัด/คปสอ.	1. อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2562
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณ	$\text{อัตราการฆ่าตัวตาย} = \frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2562} \times 100,000}{\text{ประชากรกลางปี}}$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 10.3 ต่อแสนประชากร				
	2	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 9.3 ต่อแสนประชากร				
	3	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.3 ต่อแสนประชากร				
	4	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 7.3 ต่อแสนประชากร				
	5	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร				
ระดับจังหวัด/คปสอ.	2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่ได้รับการติดตามเยี่ยมฯ ในปีงบประมาณ 2562					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2562					
สูตรคำนวณ	(Ax100) / B					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 40				
	2	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 50				
	3	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 60				
	4	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 70				
	5	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 80				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ		อัตรา	4.80	4.41	5.38
	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 50		ร้อยละ	-	-	-
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	คปสอ.	ประชากรกลางปี	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตรา	
	1	หนองคาย	149,868	3	2.00	
	2	ท่าบ่อ	83,098	4	4.81	
	3	โพนพิสัย	98,566	5	5.07	
	4	ศรีเชียงใหม่	30,853	2	6.48	
	5	สังคม	25,131	4	15.92	
	6	สระใคร	26,595	1	3.76	
	7	เฝ้าไร่	52,108	8	15.35	
8	รัตนวาปี	38,806	1	2.58		
9	โพธิ์ตาก	15,338	0	0		
	รวม	520,363	28	5.38		

	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ			
	ปีงบประมาณ 2561			
	ลำดับ	คปสอ.	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ	ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ
	1	หนองคาย	35	-
	2	ท่าบ่อ	8	-
	3	โพนพิสัย	7	-
	4	ศรีเชียงใหม่	1	-
	5	สังคม	11	-
	6	สระใคร	4	-
	7	เฝ้าไร่	9	-
	8	รัตนวาปี	7	-
	9	โพธิ์ตาก	1	-
	รวม	83	-	
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม รง 506s (www.suicidethai.com) 2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แพ้ม 3. โปรแกรม HDC 4. โปรแกรม Dashboard			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์		โทร. 08 9710 2475	
	นางสาวราวดี โพธิ์ปึกษา		โทร. 09 1060 7182	
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 21/16/-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community-acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้ 5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : <ร้อยละ 30
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ - โปรแกรม 43 แพ้ม และ Cockpit - HDC
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562

ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidityไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 50				
	2	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 45				
	3	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 40				
	4	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 35				
	5	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < น้อยกว่า 30				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired		ร้อยละ <ร้อยละ 30	12.82	24.20	19.03
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	748	262	35.03	
	2	ท่าบ่อ	268	52	19.4	
	3	โพนพิสัย	559	26	4.65	
	4	ศรีเชียงใหม่	44	1	2.27	
	5	สังคม	13	0	0	
	6	สระใคร	60	2	3.33	
	7	เผ่าไร่	71	1	1.41	
8	รัตนวาปี	23	0	0		
9	โพธิ์ตาก	2	0	0		
10	พิสัยเวหา	20	0	0		
	รวม	1,808	333	19.03		
ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 ตุลาคม 2561						
เอกสารอ้างอิง	1.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน 2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง 3. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวจินตหรา มังคะละ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. : 042-413456-65 ต่อ 223 e-mail : -			
	นางกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเชจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. : 086-6400531 e-mail : say12909@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 640-641			

ตัวชี้วัดที่ 22/17/-	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 22.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 22.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลืนตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุก ราย กลืนตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อย กว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะ กระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลาย ต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากกลืนตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะ กระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck fracture S72.000-S72.019 2. Intertroch S72.100- S72.101, S72.110- S72.111 3. Subtroch S72.20, S72.21 กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80 4. Distal femur S72 5. Plateau S82 6. Proximal humerus S42 ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วย รหัส 1. THA 81.51 2. Partial hip replacement 81.52 3. Fixation 79.15, 79.35 4. open reduction femur 79.25 5. Close reduction 79.05 6. Fixation 78.55 เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Capture the fracture ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูก สะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมี บุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) สหสาขาวิชาชีพหมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู

	วิสัญญีแพทย์ แผนกโขนานการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด 2. โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2.1 รพท.หนองคาย 2.2 รพท.ท่าบ่อ								
เป้าหมาย	1. จำนวน รพ.ระดับ S, M2 ที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 10 ของจังหวัด 1.1 Refracture $\leq$ ร้อยละ 30 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50 ขึ้นไป								
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43/แฟ้ม HDC								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562								
ระดับจังหวัด 1-3 ระดับ คปสอ. 2-3	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ร้อยละ 10 2. Refracture < ร้อยละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป								
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ S/M ที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ S/M								
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture)								
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด								
รายการข้อมูล 5	E : จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery								
รายการข้อมูล 6	F : จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด								
สูตรคำนวณ	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) = $(C/D) \times 100$ 3. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) = $(E/F) \times 100$								
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>1. เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>ไม่มี รพ.ที่มีทีม Capture the fracture</td></tr> <tr> <td>3</td><td>รพ.มีทีม Capture the fracture 1 แห่ง</td></tr> <tr> <td>5</td><td>รพ.มีทีม Capture the fracture 2 แห่ง</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน	0	ไม่มี รพ.ที่มีทีม Capture the fracture	3	รพ.มีทีม Capture the fracture 1 แห่ง	5	รพ.มีทีม Capture the fracture 2 แห่ง
ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน								
0	ไม่มี รพ.ที่มีทีม Capture the fracture								
3	รพ.มีทีม Capture the fracture 1 แห่ง								
5	รพ.มีทีม Capture the fracture 2 แห่ง								

ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	2. เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	Refracture ≤ ร้อยละ 50				
	2	Refracture ≤ ร้อยละ 45				
	3	Refracture ≤ ร้อยละ 40				
	4	Refracture ≤ ร้อยละ 35				
	5	Refracture ≤ ร้อยละ 30				
ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	3. เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 10 ขึ้นไป				
	2	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 20 ขึ้นไป				
	3	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 30 ขึ้นไป				
	4	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 40 ขึ้นไป				
	5	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 50 ขึ้นไป				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	1. โรงพยาบาล S/M ที่มีทีม Capture the fracture		ร้อยละ 10	NA	NA	100 (1/1)
	2. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)		≤ ร้อยละ 30	7.96	8.75	1.96 (51/1)
	3. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)		≥ร้อยละ 50 ขึ้นไป	15.35	16.61	52.94 (51/27)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย				
		ทีม Capture the fracture	1	1	100	
		- Refracture	45	1	2.22	
		- Early surgery	45	21	46.67	
	2	ท่าบ่อ				
		ทีม Capture the fracture	-	-	-	
		- Refracture	6	0	0	
		- Early surgery	6	6	100	
	รวม Refracture		51	1	1.96	
	รวม Early surgery		51	27	52.94	
เอกสารอ้างอิง	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture					
ผู้รับผิดชอบ	นายแพทย์กฤษฏา ศรีกุลวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 089-1795273 E-mail : kritsada_s@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 223			
	นางสิรินีย์ หนู่มขุนทด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 086-8519857 E-mail : Kaisiwi@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 413			

ตัวชี้วัดที่ 23/18/-	ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ นับเป็นจำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา,เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัย เช่นวันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจการรักษามะเร็งเป็นต้น-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และการรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจากวันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่นรังสีรักษา,ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัดนับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษา วันแรกไม่เกิน 6 สัปดาห์ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic มะเร็ง 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูง 5 อันดับแรก ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก คือ 1. มะเร็งเต้านม 2. มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3. มะเร็งลำไส้ 4. มะเร็งปอด 5. มะเร็งปากมดลูก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา ใน รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ	
เป้าหมาย	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$	
วิธีการประเมิน	- แบบรายงานผู้ป่วย ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล Thai cancer base - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC	
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 - กรกฎาคม 2562	
รายการข้อมูล 1	A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล 2	B(S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 65%
	2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 70%
	3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 75%
	4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 80%
	5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 85%

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ						
		2559			2560			
		ระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	ระยะเวลาการ คอยผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลาการ คอยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลาการ คอยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลาการ คอยผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลาการ คอยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลาการ คอยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์
		1. มะเร็งเต้านม	66%	97%	NA	60%	81%	76.47%
		2. มะเร็งลำไส้	80%	75%	NA	82%	76%	100%
		3. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		4. มะเร็งปอด	NA	NA	NA	NA	NA	100%
		5. มะเร็งปากมดลูก	NA	NA	NA	NA	NA	100%
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ						
		2561						
		ระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	ระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลาการรอคอย เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลาการรอคอย รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์			
		1. มะเร็งเต้านม	66%	81%	86.11			
		2. มะเร็งลำไส้	89%	89%	100			
		3. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	100	NA	100			
		4. มะเร็งปอด	NA	NA	100			
		5. มะเร็งปากมดลูก	75	68.75	88.46			
	KPI		Base line					
			2557	2558	2559	2560	2561	
	ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน 4 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85		100	100	97.56	55.5	79.63	
	ผู้ป่วยมะเร็งได้รังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85		NA	NA	59.25	90.3	91.11	
	ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85		100	100	100	78.8	85.11	
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลประชากร 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 3. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai cancer based)							
ผู้รับผิดชอบ	1. นางศิริพร มณี					โทร. 09 3979 7082		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขาภิบาลและยาเสพติด สสจ.หนองคาย					โทร. 0 4241 3345 ต่อ 105		
	2. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์					โทร. 09 7302 4137		
	โรงพยาบาลหนองคาย					โทร. 0 4241 3456-65		

ตัวชี้วัดที่ 24/-/-	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ ไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร																				
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																				
คำอธิบาย	อัตราตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด (รหัส ICD-10 = C220–C229) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือ โคแลงจิโอคาร์ซิโนมา หมายถึง ผู้มีผลการตรวจการทำงานของตับผิดปกติ ปวดท้อง ดีซ่าน น้ำหนักลด และอาจมีอาการคันทั่วไป มีไข้ สีของอุจจาระและปัสสาวะเปลี่ยนไป โรคนี้วินิจฉัยโดยอาศัยผลตรวจเลือด ผลตรวจภาพรังสี ผลการส่องกล้อง และบางครั้งอาจต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดสำรวจ มะเร็งท่อน้ำดีมักปรากฏอาการในระยะท้ายๆ ของโรคซึ่งทำให้เป็นการจำกัดทางเลือกในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็ง ความผิดปกติแต่กำเนิดของตับ การติดเชื้อพยาธิในตับอย่างเช่น พยาธิใบไม้ในตับ Opisthorchisviverrini หรือ Clonorchissinensis การสัมผัสสารทึบรังสีบางชนิดเช่น Thorotrast เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่ปรากฏปัจจัยเสี่ยงชัดเจนรหัส ICD-10 = C220-C229 เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลง ร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี เปรียบเทียบกับ Baseline ในปี 2558 (32.53 ต่อแสนประชากร) เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี 2564 <table><tr><td>ปีงบประมาณ 2562</td><td>ปีงบประมาณ 2563</td><td colspan="3">ปีงบประมาณ 2564</td></tr><tr><td>31.53</td><td>31.23</td><td colspan="3">30.91</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564			31.53	31.23	30.91								
ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564																			
31.53	31.23	30.91																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์																				
เป้าหมาย	ไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร																				
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์																				
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220–C229)																				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียว																				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100,000																				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 32.33 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 32.13 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.93 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.73 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 32.33 ต่อแสนประชากร	2	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 32.13 ต่อแสนประชากร	3	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.93 ต่อแสนประชากร	4	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.73 ต่อแสนประชากร	5	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																				
1	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 32.33 ต่อแสนประชากร																				
2	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 32.13 ต่อแสนประชากร																				
3	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.93 ต่อแสนประชากร																				
4	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.73 ต่อแสนประชากร																				
5	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.53 ต่อแสนประชากร																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>อัตราต่อแสน</td><td>32.53</td><td>34.98</td><td>30.08</td><td>22.04</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				2558	2559	2560	2561	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี	อัตราต่อแสน	32.53	34.98	30.08	22.04
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																			
		2558	2559	2560	2561																
อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี	อัตราต่อแสน	32.53	34.98	30.08	22.04																
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลการตายของ กยผ. 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)																				

ผู้รับผิดชอบ	1. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์	โทร. 09 7302 4137
	โรงพยาบาลหนองคาย	โทร 0 4241 3456-65
	2. นางศิริพร มณี	โทร. 09 3979 7082
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขาภิบาลและยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร 0 4241 3345 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 25/-/-	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด ไม่เกิน 17.55 ต่อแสนประชากร								
หน่วยวัด	อัตราต่อแสนประชากร								
น้ำหนัก	ร้อยละ								
คำอธิบาย	อัตราการตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งปอด เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด (รหัส ICD-10 = C330-C349) ผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งปอด (lung cancer) เป็นโรคซึ่งมีการเจริญของเซลล์ในเนื้อเยื่อปอดอย่างควบคุมไม่ได้ การเจริญนี้ไปสู่การแพร่กระจาย มีการรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงและแทรกซึมเข้าไปในอวัยวะนอกปอด มะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นมะเร็งชนิดเยื่อหุ้ม เยื่อมาจากรังไข่เยื่อหุ้ม มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายของผู้เสียชีวิต 1.3 ล้านรายทั่วโลกใน ค.ศ. 2004 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากมะเร็งมากที่สุดทั้งในชายและหญิง <u>อาการที่พบบ่อยที่สุดคืออาการเหนื่อย ไอ รวมถึงไอเป็นเลือด และน้ำหนักลด</u> มะเร็งปอดแบ่งชนิดหลักๆ ออกเป็น <u>มะเร็งปอดชนิดสมอลล์ เซลล์และชนิดไม่ใช่สมอลล์เซลล์</u> การจำแนกด้วยวิธีการนี้เนื่องจากวิธีการรักษาต่างกัน มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่สมอลล์เซลล์ (NSCLC) บางครั้งรักษาด้วยการผ่าตัด ในขณะที่มะเร็งปอดชนิดสมอลล์เซลล์ (SCLC) ส่วนใหญ่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา สาเหตุส่วนใหญ่ของมะเร็งปอดคือ<u>การสูบบุหรี่</u>เป็นเวลานาน ส่วนมะเร็งปอดในผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ซึ่งนับเป็นผู้ป่วย 15% นั้นส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย<u>ปัจจัยทางพันธุกรรม</u> <u>ก๊าซเรดอน</u> <u>แร่ใยหิน</u> และ<u>มลพิษทางอากาศ</u> รวมถึงการสูบบุหรี่มือสองด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไอ (รวมทั้งไอเป็นเลือด) , น้ำหนักลด และหายใจลำบาก อาจตรวจพบได้จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการทำซีทีสแกน การยืนยันการวินิจฉัยทำได้โดยการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจ ส่วนใหญ่ทำโดยส่องกล้องหลอดลมเพื่อเก็บชิ้นเนื้อหรือการเจาะชิ้นเนื้อโดยใช้ผลตรวจซีทีช่วยนำทาง การรักษาและพยากรณ์โรคขึ้นกับชนิดของเนื้อเยื่อมะเร็ง ระยะของโรค และระดับความสามารถของผู้ป่วย วิธีการรักษาที่อาจเป็นไปได้แก่การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา อัตราการรอดชีวิตนั้นแตกต่างกันออกไปขึ้นกับระยะ สุขภาพโดยรวม และปัจจัยอื่นๆ รหัส ICD-10 = C330 - C349 เป้าหมายของการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี เปรียบเทียบกับ Baseline ในปี 2558 (18.09 ต่อแสนประชากร) เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี 2564 <table><tr><td>ปีงบประมาณ 2562</td><td>ปีงบประมาณ 2563</td><td>ปีงบประมาณ 2564</td></tr><tr><td>17.55</td><td>17.37</td><td>17.19</td></tr></table>			ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	17.55	17.37	17.19
ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564							
17.55	17.37	17.19							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร								
เป้าหมาย	ไม่เกิน 17.55 ต่อแสนประชากร								
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์								
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C330 - C349)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน								
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100,000								

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.11				
	2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.22				
	3	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.33				
	4	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.44				
	5	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.55				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
			2558	2559	2560	2561
	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด	อัตราต่อแสน	18.09	18.45	20.12	12.65
เอกสารอ้างอิง	1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai cancer based) 2. ฐานข้อมูลการตายของ กยผ. 3. ฐานข้อมูลประชากร 4. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม HDC สสจ.หนองคาย					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางศิริพร มณี สสจ.หนองคาย		โทร. 09 3979 7082			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		โทร. 0 4241 3345 ต่อ 105			
	2. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์		โทร. 09 7302 4137			
	โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 4241 3456-65			

ตัวชี้วัดที่ 26/19/-	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinineของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) กลุ่มผู้ป่วย CKD - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่าในปีงบประมาณ - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น - N183-184 หรือ - N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี $eGFR$น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล $eGFR \geq 2$ ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ $eGFR$ ได้ 2) ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ เป้าหมาย รพ. 9 แห่ง คือ 1) รพท.หนองคาย 2) รพร.ท่าบ่อ 3) รพช.โพนพิสัย 4) รพช.ศรีเชียงใหม่ 5) รพช.สังคม 6) รพช.สระใคร 7) รพช.เผ่าไร่ 8) รพช.รัตนวาปี 9) รพช.โพธิ์ตาก												
เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 67												
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 66												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 55</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 58</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 61</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 64</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 67</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 55	2	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 58	3	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 61	4	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 64	5	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 67
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 55												
2	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 58												
3	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 61												
4	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 64												
5	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 67												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	- ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.73m2/yr.		ร้อยละ 66	63.90	63.16	57.85
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	985	574	58.27	
	2	ท่าบ่อ	610	342	56.07	
	3	โพนพิสัย	383	237	61.88	
	4	ศรีเชียงใหม่	42	21	50	
	5	สังคม	61	28	45.9	
	6	สระใคร	38	22	57.89	
	7	เผ่าไร่	94	51	54.26	
	8	รัตนวาปี	66	29	43.94	
	9	โพธิ์ตาก	117	82	70.09	
	10	พิสัยเวท	NA	NA	NA	
		รวม	2,396	1,386	57.85	
	ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 ตุลาคม 2561					
เอกสารอ้างอิง	- คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย					
ผู้รับผิดชอบ	นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองคาย			โทร.088-5733022 และ 081-2623076 e-mail : maneewan.t@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 623/624		
	นพ.พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. – e-mail : sutarut2010@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 104		

ตัวชี้วัดที่ 27/20/-	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)																																		
เป้าหมาย	ร้อยละ 90																																		
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 2020 แพ้ม/HDC/ประเมิน/สำรวจ																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562																																		
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน																																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 70</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 70				2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75				3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80				4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85				5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 70																																		
2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75																																		
3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80																																		
4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85																																		
5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																															
				2559	2560	2561																													
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		ร้อยละ	96.64	94.78	98.52																													
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561																																		
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																														
1	หนองคาย	393	386	98.22																															
2	ท่าบ่อ	79	79	100																															
	รวม	472	465	98.52																															
	ข้อมูลจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand																																		
เอกสารอ้างอิง	Vision2020 thailand																																		
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนิษฐา เชื้อวนาวิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกตรวจตา รพ.หนองคาย		โทร. 085-0003326 e-mail : tikkae30@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 126																																
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย		โทร. 081-9778442 e-mail : praditsaratat@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123																																

ตัวชี้วัดที่ 28/-/	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	- ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และ ได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2562 หมายเหตุ : ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่นๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A,S และ M1ทั่วประเทศ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด = 0.7 : 100												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561– กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2562												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.3: 100</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4: 100</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.3: 100	2	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4: 100	3	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100	4	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100	5	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.3: 100												
2	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4: 100												
3	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100												
4	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100												
5	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100												
ระดับ คปสอ.	-												

ระดับ รพ.สต.	-				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.7:100	0.58 (513/3)	0.38 (517/2)	0.61 (327/2)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	จำนวน	
		คน	อวัยวะ		
1	หนองคาย	327	2	5 (Eye = 3 หัวใจ = 1 ไต = 1)	0.61
	รวม	327	2	5	0.61
เอกสารอ้างอิง	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
ผู้รับผิดชอบ	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนัก รพ.หนองคาย		โทร. 06 1689 4440 e-mail : Rac2507@windowslive.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 619, 602		

ตัวชี้วัดที่ 29/21/-	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง																				
หน่วยวัด	ร้อยละ																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																				
คำอธิบาย	การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการ การดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือ สหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการ และเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BIS =20 intermediate bed หมายถึง ให้บริการ Less-Intensive IPD rehab program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) อ้างอิงโดย (ร่าง) intermediate care Service plan กระทรวงสาธารณสุข # เนื่องจากค่านิยมของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความได้ คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศและ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเต็มช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว รพช.ระดับ M/F หมายถึง รพช. ทุกแห่งจำนวน 8 แห่งสามารถรับผู้ป่วยพ้นวิกฤติมาดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย 3 โรคสำคัญได้แก่ 1. Stroke I60-I69 2. Head injury S0600-S0699 3. Spinal cord injury S13,14,22,23,32,33 KPI ตามประชากรเป้าหมายจัดบริการ Intermediate care เน้น 3 โรคสำคัญ KPI วัดผลลัพธ์ การดำเนินงาน ประกอบด้วย <table><tr><td>KPI</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>1. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M,F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง</td><td>50</td><td>75</td><td>100</td></tr><tr><td>2. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M,F ที่มี Intermediate bed</td><td>50</td><td>75</td><td>100</td></tr><tr><td>3. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินเพื่อเข้าสู่การบริการดูแลระยะกลาง (IMC)</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td></tr><tr><td>4. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI,SCI ที่เข้าสู่ IMC ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BIS=20</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td></tr></table>	KPI	2562	2563	2564	1. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M,F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง	50	75	100	2. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M,F ที่มี Intermediate bed	50	75	100	3. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินเพื่อเข้าสู่การบริการดูแลระยะกลาง (IMC)	75	80	85	4. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI,SCI ที่เข้าสู่ IMC ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BIS=20	60	70	80
KPI	2562	2563	2564																		
1. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M,F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง	50	75	100																		
2. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M,F ที่มี Intermediate bed	50	75	100																		
3. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินเพื่อเข้าสู่การบริการดูแลระยะกลาง (IMC)	75	80	85																		
4. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI,SCI ที่เข้าสู่ IMC ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BIS=20	60	70	80																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช.ทุกแห่ง (8 แห่ง)																				
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เป้าหมาย 6 แห่ง ระดับ คปสอ. : 5 ขั้นตอน																				

วิธีการประเมิน	รายงานตามฐานข้อมูลการดูแลระยะกลาง				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562				
ระดับจังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินการจัดการดูแลระยะกลาง				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 2 แห่ง			
	2	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 3 แห่ง			
	3	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 4 แห่ง			
	4	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 5 แห่ง			
	5	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 6 แห่ง			
ระดับ คปสอ.	ใช้วัดทั้งรอบที่ 1 และ 2				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	1 1. โรงพยาบาล M/F มีการวิเคราะห์ศักยภาพการให้บริการ Intermediate care ใน 3 โรคสำคัญ 1.2 มีคำสั่งผู้รับผิดชอบ Intermediate care เชื่อมโยงเครือข่ายบริการทุกระดับ 1.3 มีฐานข้อมูล 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย ได้แก่ 1. Stroke I60-I69 2. Head injury S0600-S0699 3. Spinal cord injury S,13,14,22,23,32,33			
	2	มี 1 และ มีผลดำเนินการผ่านตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด			
	3	มี 1 และ มีผลดำเนินการผ่านตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด			
	4	มี 1 และ มีผลดำเนินการผ่านตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด			
	5	มี 1 และ มีผลดำเนินการผ่านตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัวชี้วัด			
ระดับ รพ.สต.	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	ร้อยละ	NA	NA	25 (2/8) (สระใคร, รัตนวาปี)
เอกสารอ้างอิง	- การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH, - Intermediate Care System NHS UK, - British Geriatrics Society, - รายงานภาวะโรค IHPP 2556, - HDC				

ผู้รับผิดชอบ	นางวันรัฐ ตั้งกิจวานิช นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงาน: เวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 042-413456-65 ต่อ 223 e-mail : wanrattha@gmail.com โทร. 0 42 143456-65ต่อ 223
	นางดวงเดือน คุ้มพวง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 081-9740244 e-mail : duangduen.kp@gmail.com โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 712
	นางสาวปรานต์ศศิ อินทวิเชียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 08-854561515 โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 177
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร. 08-8571-3729
	นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 08-9571-1175
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 30/-/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย 1. Inguinal hernia , Femoral hernia ; ศัลยกรรม 2. Hydrocele: ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 3. Hemorrhoid ; ศัลยกรรม 4. Vaginal bleeding; สูติกรรม 5. Esophagogastricvarices ; ศัลยกรรม/อายุรกรรม 6. Esophageal stricture 7. Esophagogastric cancer with obstruction 8. Colorectal polyp 9. Common bile duct stone 10. Pancreatic duct stone ; ศัลยกรรม 11. Bile duct stricture 12. Pancreatic duct stricture												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery ในกลุ่มโรคดังนี้ 1. Inguinal hernia, Femoral hernia ; ศัลยกรรม 5. Esophagogastricvarices 6. Esophageal stricture 8. Colorectal polyp 2. เป้าหมาย รพ. 1 แห่ง คือ รพท.หนองคาย												
เป้าหมาย	ร้อยละ 15												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 12</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 13</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 14</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11	2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 12	3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 13	4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 14	5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11												
2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 12												
3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 13												
4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 14												
5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15												

ระดับ คปสอ.	-				
ระดับ รพ.สต.	-				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด		
			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery		ร้อยละ 15	NA	100 (107/107)	57.5 (80/46)
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
ลำดับ		คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1		หนองคาย	80	46	57.5
		รวม			
โปรแกรม ODS เริ่มใช้ ปี 2561					
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)				
ผู้รับผิดชอบ	นายขวัญชัย กิตติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 223		
	นางสมนา สกุลคู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 08 9944 8697 e-mail : Somana44@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 414		

ตัวชี้วัดที่ 31/22/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	Minimally Invasive Surgery (MIS) หมายถึง การผ่าตัดส่องกล้องตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรคดังนี้	
	Diagnosis (การวินิจฉัย)	Procedure (หัตถการรักษา)
	Symptomatic gallstone /cholecystitis	Laparoscopic Cholecystectomy
	Colorectal cancer	Laparoscopic Colectomy Laparoscopic anterior resection Laparoscopic abdominoperineal resection Laparoscopic TME
	Lumbar disc herniation	Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Surgery
	ACL injury	Arthroscopic ACL Reconstruction
	Myoma uteri	Laparoscopic Hyterectomy
	Ovarian cyst	Laparoscopic Cystectomy
	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค Minimally Invasive Surgery
ศัลยกรรม		
- <u>Diagnosis</u> : gallstone /cholecystitis		
<u>Procedure</u> : Laparoscopic Cholecystectomy		
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์		
- <u>Diagnosis</u> : Colorectal cancer		
<u>Procedure</u> : Laparoscopic Colectomy		
Laparoscopic anterior resection		
Laparoscopic abdominoperineal resection		
Laparoscopic TME		
	- <u>Diagnosis</u> : ACL injury	
	<u>Procedure</u> : Arthroscopic ACL Reconstruction	
	สูติกรรม	
	- <u>Diagnosis</u> : Myoma uteri	
	<u>Procedure</u> : Laparoscopic Hyterectomy	
	- <u>Diagnosis</u> : Ovarian cyst	
	<u>Procedure</u> : Laparoscopic Cystectomy	
	2) เป้าหมาย รพ. 2 แห่งคือ	
	2.1 รพท.หนองคาย	
	2.2 รพร.ท่าบ่อ	
เป้าหมาย	ร้อยละ 15	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แพ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562	
	รอบที่ 2 :ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562	

ระดับจังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 15				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis)				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 11			
	2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 12			
	3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 13			
	4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 14			
	5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 15			
ระดับ รพ.สต.	-				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	ร้อยละ 10	NA	NA	87.7
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	178	55	30.90
	2	ท่าบ่อ	822	822	100
		รวม	1,000	877	87.7
เอกสารอ้างอิง	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน Minimally Invasive Surgery (MIS)				
ผู้รับผิดชอบ	นายขวัญชาย กิติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 223		
	นางสมนา สกุลคุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 08 9944 8697 e-mail : Somana44@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 414		

ตัวชี้วัดที่ 32/23/-	จังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ คปสอ. : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกิน ร้อยละ 10
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) โดยในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาห้องฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการบริการที่ ทันเวลา ปลอดภัย และ ประทับใจ แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ในปี 2559 พบว่ามีผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี หรือคิดเป็น 458 ครั้ง : 1,000 ประชากร โดยมากกว่า 60% เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ทำให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด (Emergency Department Crowding) นอกจากนั้นยังขาดแคลนบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าขาดแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1,420 คน, พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2,060 คน, นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 2,405 คน จากข้อมูลในต่างประเทศพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในประเทศสหรัฐอเมริกาคิดเป็น 7.8% อังกฤษ 5.35% และออสเตรเลียคิดเป็น 7.34% สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีเก็บข้อมูลในระดับประเทศ อย่างไรก็ตามมีการทดลองเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 14.7% การพัฒนาตัวชี้วัด ECS คุณภาพ ในโรงพยาบาลในรอบที่ 1 ให้ประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม โดยทั่วไปจะเน้นวัด ใน 3 ส่วน 12 องค์ประกอบ คือ มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการดังนี้ 1. มีการประเมิน ECS ตามคู่มือการประเมินตนเองตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ 2. มีการวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาในส่วนที่ต้องพัฒนา 3. จัดทำแผนหรือโครงการตามการวิเคราะห์เพื่อทำแผนงานโครงการพัฒนา 4. การดำเนินการงานตามแผนงานโครงการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง

เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปผ่านการประเมิน ECS $\geq$ ร้อยละ 40/F3 $\geq$ ร้อยละ 30) ระดับ คปสอ : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกิน ร้อยละ 10				
วิธีการประเมิน	1. แบบประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ผ่านเกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40/30) 2. ข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 (จากรายงาน ER ECS จังหวัด/43 แฟ้ม HDC)				
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562				
ระดับจังหวัด	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80				
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการ ดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 A2 : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F3 ที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแล ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ในจังหวัด				
สูตรคำนวณ	(A1+A2)/B*100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 40			
	2	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 50			
	3	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 60			
	4	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 70			
	5	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80			
ระดับ คปสอ.	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลไม่เกิน ร้อยละ 10				
รายการข้อมูล 1	A : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน level1 ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงทั้งในห้องฉุกเฉินและนอน โรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 2	B : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1 ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B)*100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง $\leq 50\%$			
	2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง $\leq 40\%$			
	3	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง $\leq 30\%$			
	4	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง $\leq 20\%$			
	5	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง $\leq 10\%$			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2559	2560
	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ		ร้อยละ	NA	88.89
	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้อง ฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล		ร้อยละ	NA	5.20

	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ ปีงบประมาณ 2561						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ผลประเมิน	
	1	หนองคาย	100	57.6	57.6	ผ่านเกณฑ์	
	2	ท่าบ่อ	100	53.6	57.1	ผ่านเกณฑ์	
	3	โพนพิสัย	100	59	65.6	ผ่านเกณฑ์	
	4	ศรีเชียงใหม่	100	41.2	41.2	ผ่านเกณฑ์	
	5	สังคม	100	42.9	45.4	ผ่านเกณฑ์	
	6	สระใคร	100	37.6	37.6	ผ่านเกณฑ์	
	7	เผ่าไร่	100	42	45	ผ่านเกณฑ์	
	8	รัตนวาปี	100	37.8	37.8	ผ่านเกณฑ์	
	9	โพธิ์ตาก	100	21.8	21.8	ไม่ผ่านเกณฑ์	
		รวม	100	43.72	45.64	88.89	
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2561							
ลำดับ	คปสอ.	ปี 2561 (level1+2)			ปี 2561 (level1)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	6,037	88	1.45	2,300	74	3.22
2	ท่าบ่อ	1,508	103	6.38	338	103	30.47
3	โพนพิสัย	7,134	14	0.20	1,234	13	1.05
4	ศรีเชียงใหม่	876	0	0.00	90	0	0.00
5	สังคม	493	9	1.83	46	3	6.52
6	สระใคร	173	2	1.16	62	2	3.23
7	เผ่าไร่	1,881	17	0.90	216	17	7.87
8	รัตนวาปี	1,847	8	0.43	170	8	4.71
9	โพธิ์ตาก	316	11	3.48	57	11	19.30
10	พิสัยเวช	159	10	6.29	81	8	9.88
	รวม	20,424	262	1.28	4,594	239	5.20
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรมฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/HDC 2. รายงานบันทึก ER ECS จังหวัด 3. แบบประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์						
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com			
	2. น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com			
	กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 105			
	3. นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์ : 099-4636565 e-mail :nitayank_2011@hotmail.com			
	4. นางสาวเนียง จันทรรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com			
	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661			

ตัวชี้วัดที่ 33/24/11	ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	กลุ่มอายุ 12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ รวมทั้งภาครัฐและเอกชน (จังหวัดหนองคายให้หมายถึงเด็กที่อยู่ ชั้น ป.6) ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ฟันแท้ปกติ (รวม arrested caries) และ/หรือมีฟันที่อุดแล้วไม่ผุโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุดถอนรักษาลงรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก ฟันผุ หมายถึง ฟันแท้ที่ผุเป็นรูหรือมีฟันที่อุดแล้วผุ และให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย โดยหน่วยบริการจะต้องมีการดำเนินการดังนี้ 1. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล 2. มีการเฝ้าระวังโรคในช่องปากโดยการจัดรายงานผลตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน โดยรอบที่ 1 รายงานเทอมที่ 2 ปีการศึกษา 2561 รอบที่ 2 รายงานเทอมที่ 1 ปีการศึกษา 2562 (ทส.002/003) ระดับอำเภอและตำบล 3. มีการคืนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน 4. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6)			
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.			
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
วิธีการประเมิน	ใช้ผลการสำรวจสุขภาพช่องปาก ทส.001-002-003 ประกอบกับผลการบันทึกข้อมูลโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562 – กรกฎาคม 2562) : cavity free			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (caries free)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	รอบที่ 2 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ = $(A+B)/C \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	สำรวจสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2562 ดังนี้			
ระดับ คป.สอ.	5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ			
ระดับ รพ.สต.	ร้อยละ เด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรมจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ 28			
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
	15	17.5	20	22.5
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
	50	55	60	65
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
	50	55	60	65
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
	50	55	60	65

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี พันธุ์ไม่มีผู้		ร้อยละ	53.06	72.11	74.07
	ตารางแสดงผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2559-2561					
	เครือข่ายบริการ	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี พันธุ์ไม่มีผู้				
		ปี 2559	ปี 2560		ปี 2561	
	เมืองหนองคาย	60.01	72.66		72.86	
	ท่าบ่อ	64.95	57.67		80.2	
	โพนพิสัย	36.65	69.80		76.74	
	ศรีเชียงใหม่	68.67	75.42		78.23	
	สังคม	24.46	66.11		58.57	
	สระใคร	46.87	76.96		76	
	เผ่าไร่	63.89	80.1		70.28	
	รัตนวาปี	ไม่มีข้อมูล	60		73.48	
โพธิ์ตาก	รวมกับท่าบ่อ	84.2		73.13		
รพ.พิสัยเวหา	90	58.8		74.81		
	จ.หนองคาย	53.06	72.11		74.07	
เอกสารอ้างอิง	- ระบบข้อมูลเฝ้าระวังทันตสุขภาพ/รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของเครือข่ายบริการ - ปีการศึกษา 2561-2562 (ทส.001/002/003) และฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (http://hdcservice.moph.go.th)					
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมวงศ์			โทร. 089-7106864		
	ทพญ.หทัยรัตน์ นิจจะยะ			โทร. 089-9421090		
	ชริดา มาลายุทธศรี			โทร. 094-2834969		
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 139		

ตัวชี้วัดที่ 34/25/12	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ คือ บริการได้ครบ 2 องค์ประกอบ 1. การจัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม 2. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรเฉพาะเขตรับผิดชอบร้อยละ 20 <u>อธิบายเพิ่มเติม</u> 1. รพ.สต./ศสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และนอกสถานบริการสุขภาพ รวมนอกเวลาราชการ ได้ตามเกณฑ์กิจกรรมบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ 1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) 1.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก 1.2 บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control 1.3 การให้บริการทันตกรรม เช่น ขูดหินน้ำลาย, อุดฟัน เป็นต้น 2) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) 2.1 การตรวจช่องปาก (รอบที่ 1 อย่างน้อยร้อยละ 20 รอบที่ 2 ร้อยละ 50) 2.2 การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ 2.3 การทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก (รอบที่ 1 อย่างน้อยร้อยละ 20 รอบที่ 2 ร้อยละ 50) 3.2 การทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.3 การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ 3-5 ปี 4) โรงเรียนประถมศึกษา 4.1 การตรวจช่องปากเด็กอายุ 6-12 ปี 4.2 การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ในเด็กอายุ 6 ปี (รอบที่ 1 ร้อยละ 10 รอบที่ 2 ร้อยละ 20 รวม CUP) 4.3 การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ 6-12 ปี (รอบที่ 1 อย่างน้อยร้อยละ 20 รอบที่ 2 ร้อยละ 50) 5) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5.1 การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน (รอบที่ 1 ร้อยละ 20 รอบที่ 2 ร้อยละ 40) 6) กลุ่มผู้สูงอายุ 6.1 การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2. การให้บริการสุขภาพช่องปากของ รพ.สต.แต่ละแห่งได้ตามเกณฑ์ (มากกว่า 200 คนต่อ 1,000 ประชากร (Type 1,3)/ปี หรือเฉลี่ยตามระยะเวลาที่ประเมิน)

	เงื่อนไขเฉพาะเพิ่มการประเมินการมี/จัดให้มี - หน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก 18 เดือน 3-5 ปี วัยเรียนและผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบันและย้อนหลังอย่างน้อย 2 ปี และ ระดับ คป.สอ.มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก/การจัดบริการสุขภาพช่องปากในวัยทำงาน (ในคลินิก NCD/DM) หรือมีการจัดทำแผนบูรณาการร่วมกับงานของ NCD ก็ได้					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คป.สอ. มีจำนวน รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ระดับ รพ.สต./ศสม.แต่ละ รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์ 2 องค์ประกอบ					
วิธีการประเมิน	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งบันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ผลงานเดือนตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ผลงานเดือนตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562					
ข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพตามเกณฑ์					
ข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/ระดับ คป.สอ.	รอบที่ 1 รพ.สต./ศสม. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากครบ 14 กิจกรรมและครอบคลุมไม่น้อยกว่า 100 คนต่อ 1,000 ปชก. รอบที่ 2 รพ.สต./ศสม. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากครบ 14 กิจกรรมและครอบคลุมไม่น้อยกว่า 200 คนต่อ 1,000 ปชก.					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 50				
	2	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 55				
	3	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 60				
	4	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 65				
	5	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการได้ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 70				
	และมีแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน/NCD (อาจแสดงแผนบูรณาการของงาน NCD ได้)					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต./ศสม.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการ 14 กิจกรรมและจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมไม่น้อยกว่า	60 คนต่อ 1,000 ปชก.	160 คนต่อ 1,000 ปชก.		
	2	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการ 14 กิจกรรมและจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมไม่น้อยกว่า	70 คนต่อ 1,000 ปชก.	170 คนต่อ 1,000 ปชก.		
	3	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการ 14 กิจกรรมและจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมไม่น้อยกว่า	80 คนต่อ 1,000 ปชก.	180 คนต่อ 1,000 ปชก.		
	4	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการ 14 กิจกรรมและจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมไม่น้อยกว่า	90 คนต่อ 1,000 ปชก.	190 คนต่อ 1,000 ปชก.		
	5	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการ 14 กิจกรรมและจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมไม่น้อยกว่า	100 คนต่อ 1,000 ปชก.	200 คนต่อ 1,000 ปชก.		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 90		ร้อยละ	80.26	94.74	90.79

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2561							
อำเภอ	จำนวน รพ.สต./ ศสม. ในสังกัด สป. ทั้งหมด (B)	จำนวนรพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพช่องปาก					
		6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม	ร้อยละ	200 คนต่อ 1,000 ประชากร	ร้อยละ	ผ่านทั้งสอง เกณฑ์	ร้อยละ
เมือง	19	16	84.21	16	84.21	15	78.95
ท่าบ่อ	10	10	100	10	100	10	100
โพนพิสัย	15	14	93.33	15	100	14	93.33
ศรีเชียงใหม่	6	6	100	6	100	6	100
สังคม	5	4	80	5	100	4	80
สระใคร	3	3	100	3	100	3	100
เผ่าไร่	7	7	100	7	100	7	100
รัตนวาปี	6	6	100	5	83.33	5	83.33
โพธิ์ตาก	5	5	100	5	100	5	100
รวมหนองคาย	76	71	93.42	72	94.74	69	90.79
แหล่งข้อมูล	ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ 43 แฟ้ม รายนรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ (http://hdcservice.moph.go.th) ที่กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ 1 และ 46						
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒินวงศ์			โทร. 089-7106864			
	นางฤริตา พิทักษ์ทรัพย์			โทร. 081-5935415			
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 139			

ตัวชี้วัดที่ 35/26/-	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission Rate)					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและมี คะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน 2-3 และผู้เสพ (Abuse) คะแนน 4-26					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตาม(พบตัว)และหยุด เสพต่อเนื่อง 3 เดือน					
เป้าหมาย	ร้อยละ 40					
วิธีการประเมิน	สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) http://antidrugnew.moph.go.th ประเมินผลโดย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจกการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คป.สอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 38				
	2	ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 39				
	3	ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 40				
	4	ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 41				
	5	ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ 42				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละ 40 ของผู้ใช้/ผู้เสพ ยาเสพติดที่หยุดเสพ ต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจกการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate)		ร้อยละ	-	100	100
	ปีงบประมาณ 2561					
	เครือข่ายบริการ	ผลการดำเนินงาน				
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	เมืองหนองคาย	37	37	100		
	ท่าบ่อ	92	92	100		
	โพนพิสัย	-	-	-		
	ศรีเชียงใหม่	16	16	100		
	สังคม	5	5	100		
	สระใคร	1	1	100		
	เผ้าไร่	-	-	-		
รัตนวาปี	4	4	100			
โพธิ์ตาก	-	-	-			
รพ.พิสัยเวท	-	-	-			
จ.หนองคาย	155	155	100			

เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)	
ผู้รับผิดชอบ	นายจารุเกียรติ หิมารัตน์	โทร. 08-7954-3279
	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์	โทร. 08-9710-2475
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และ ยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105

ตัวชี้วัด 36/27/-	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การบริหารจัดการ MCH Board หมายถึง 1. มี MCH Board ระดับอำเภอ มีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปีและมีรายงานการประชุมทุกครั้งโดยมีวาระการประชุมคือสถานการณ์และผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กมีการสืบสวนการตายของมารดาและทารกทุกรายและรายงานจังหวัดภายใน 15 วัน มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 5 นาที และเด็กที่สงสัยพัฒนาล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัดภายใน 1 เดือน 2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดเองโดย MCH Board อำเภอ 3. มีการจัดบริการ ANC/WCC/LR ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กหรือมาตรฐานกรมการแพทย์ (ห้องคลอด) 4. มีผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้(จาก HDC/cockpit/ผลประเมิน) 4.1 อัตราส่วนมารดาตาย = 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (HDC) 4.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (QOF/HDC) 4.3 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (QOF/HDC) 4.4 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7 (HDC) 4.5 เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (HDC) 4.6 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100 (HDC) 4.7 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 10 (HDC) 4.8 อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ (Cockpit, NICU) 4.9 ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ (Cockpit/LR) 4.10 อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 (Cockpit/LR) 4.11 ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (www.neoscreen.go.th) 4.12 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 ร้อยละ 57 ชาย 113 cm หญิง 112 cm) 4.13 คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 4.14 คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 4.15 LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง (ผลประเมิน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	MCH Board ระดับอำเภอ 9 อำเภอ
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด ร้อยละ 100 ของ คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ คปสอ. รอบที่ 1 ผลรวมคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 80 คะแนน รอบที่ 2 ผลรวมคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 90 คะแนน

วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลจาก HDC /cockpit/neoscreen/LR /NICU/ANC/WCC 2. จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด/เขต 3. จากแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย/กรมการแพทย์				
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2: ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562				
ระดับจังหวัด	ร้อยละ 100 ของ คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ. ทั้งหมด (9 แห่ง)				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 60			
	2	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 70			
	3	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80			
	4	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 90			
	5	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 100			
ระดับ คปสอ.	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก				
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ				
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ (100 คะแนน)				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	ผลรวมคะแนนที่ได้	40 คะแนน	50 คะแนน	
	2	ผลรวมคะแนนที่ได้	50 คะแนน	60 คะแนน	
	3	ผลรวมคะแนนที่ได้	60 คะแนน	70 คะแนน	
	4	ผลรวมคะแนนที่ได้	70 คะแนน	80 คะแนน	
	5	ผลรวมคะแนนที่ได้	80 คะแนน	90 คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	อำเภอ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2561			
		คะแนนเต็ม	ผลงาน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
	เมืองหนองคาย	100	88	88	4.80
	ท่าบ่อ	100	94	94	5.00
	โพนพิสัย	100	94	94	5.00
	ศรีเชียงใหม่	100	82	82	4.20
	สังคม	100	96	96.40	5.00
	สระใคร	100	88	88.42	4.84
	เผ่าไร่	100	97	97.89	5.00
	รัตนวาปี	100	89	89.47	4.95
	โพธิ์ตาก	100	94	94.74	5.00
	จังหวัด	9 แห่ง	5 แห่ง	55.56	4.10

	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	1. อัตราส่วนการตายมารดา = 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อแสนการเกิดมีชีพ	0	20.33	0	56.78
	2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ	88.18 (1,963/2,228)	88.50 (1,331/1,504)	83.82 (1,906/2,274)	91.79 (1,485/1,619)
	3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	82.45 (1,104/1,339)	82.54 (1,404,1,701)	73.97(1,674/2,263)	84.11 (1,355/1,611)
	4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	8.83 (436/4,938)	8.13 (123/1,513)	6.09 (180/2,954)	3.58 (86/2,405)
	5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ	75.12 (1,389/1,849)	62.69 (3,307/5,275)	73.28 (3,086/4,211)	85.06 (3,080/3,621)
	6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ	100	88.19	87.53 (4,009/4,580)	86.28 (4,692/5,438)
	7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ	Lab1=22.65 Lab2=23.79	15.33 (109/711)	14.45 (397/2,748)	14.68 (337/2,296)
	8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ	6.51	1.92	5.60 (18/3,215)	1.75 (4/2,291)
	9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ	21.96	13.66 (80/5,838)	17.87 (56/3,133)	10.04 (23/2,291)
	10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	-	6.19 (366/5,915)	11.65 (184/1,579)	2.58 (59/2,291)
	11. ระดับฮีโมโกลินกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิโมลต่อลิตรน้อยกว่าร้อยละ 5 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ซม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ซม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ	3.79	4.57	7.33 (311/4,244)	4.13 (76/1,838)
	12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 = 57 cm ช = 113 cm หญิง = 112 cm)	ร้อยละ	-	-	-	44.46 (9,470/18,227) ช = 111.17 ญ = 110.87
	13. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	92.69	100	100 (89/89)	100 (85/85)
	14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	91.57	100	100 (89/89)	100 (85/85)
	15. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง	ร้อยละ	100 (5 รพ.)	83.33 (5/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)
คำอธิบายศัพท์ อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio (MMR)) หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate) หมายถึง การตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 35 เซนติเมตรหรือมากกว่าบวกจำนวนการตายของทารกที่อายุต่ำกว่า 7 วัน ต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน) อัตราตายทารก (Infant Mortality Rate) หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพตายก่อนอายุครบ 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพทั้งหมด 1,000 คน อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ (Rate of Anemia in Pregnancy Woman) หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 หรือฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร (ตรวจครั้งแรกที่มาฝากครรภ์) ต่อจำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือด 100 คน						

	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองธาลัสซีเมีย หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกคนที่ผ่านการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในทุกอายุครรภ์ ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 100 คน หมายเหตุ : การผ่านการตรวจ หมายถึง เคยได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ในครรภ์นี้หรือครรภ์ก่อน อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมด 100 คน การคลอดก่อนกำหนด (Premature Labor) หมายถึง เด็กที่คลอดออกมาจากมารดาที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป/หรือน้ำหนักเด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัมขึ้นไป ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และปริมาณเลือดที่ผ่านปอด (pulmonary perfusion) น้อยหรือมีไม่เพียงพอ หลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆ ทางสมองตามมา เช่น Epilepsy, Mental Retardation, Cerebral Palsy และ Learning Disabilities หรือเป็นผลให้ทารกเสียชีวิต นำ ไปสู่ความสูญเสียของครอบครัวและสังคม การคลอดมาตรฐาน หมายถึง 1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด/แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น 4. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐานตามเกณฑ์ 5. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)	
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ 2. แผนงาน/โครงการ 3. รายงานการประชุม 4. รายงานการสืบสวนการตายมารดาและทารก 5. ระบบรายงาน HDC/cockpit/neoscreen/ANC/WCC/LR 6. ผลการประเมินตนเอง/จากทีมอำเภอ/เขต	
ผู้รับผิดชอบ	นายสิริชัย ขำสมบัติ	โทร. 08 1964 3779
	น.ส.ธารนา ธงชัย	โทร. 08 9618 3727
	งานวิจัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 37/28/-	อัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 0						
หน่วยวัด	อัตรา						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำอธิบาย	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจปลุกความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล : P : มีการเสริมพลังภาคีเครือข่ายในงานอนามัยแม่และเด็ก และใช้กลไก MCHBOARD ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน I : ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง เช่น สปสช.งบประมาณ CUP R : มีการกำหนดให้การตายมารดาเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ A : 1. มีการประกาศนโยบายของประเทศ/กระทรวงในการลดการตายมารดา ระดับเขต สุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ 2. มีการสื่อสารความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว B : การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเช่นการฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพอบรมการทำคลอดทำกันคลอดติดไหล่การอบรมพยาบาลผดุงครรภ์การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด						
เป้าหมาย	มารดาตาย = 0						
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC 1.โรงพยาบาลที่เกิดกรณีแม่ตายรายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง 2.รายงานสืบสวนการตาย (CE) จากโรงพยาบาล/อำเภอไปยัง สสจ. ภายใน 15 วัน 3.รายงานผลการ Conference maternal death case ภายใน 30 วัน						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562						
ระดับจังหวัด							
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน						
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>อัตรามารดาตาย > 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตรามารดาตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	อัตรามารดาตาย > 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	5	อัตรามารดาตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
0	อัตรามารดาตาย > 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ						
5	อัตรามารดาตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ						

ระดับ คปสอ.			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 1	รอบที่ 1		
	ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	1	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาระดับโรงพยาบาล/อำเภอ/CUP	0.5
		- มีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการตายมารดา	0.5
	2	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 และ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอออกนโยบาย/มาตรการโดยประธาน CUP เพื่อป้องกันการมารดาตาย	0.5
		- มีนโยบาย/มาตรการลดการตายมารดา	
		- มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	0.5
รอบที่ 2	3	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1, 2 และ หน่วยบริการได้เข้าร่วมประชุม/อบรมเกี่ยวกับงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย โดยเน้นการดำเนินการเพื่อป้องกันการตายของ มารดาทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่จัดโดย MCH Board หรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น เขตสุขภาพที่ 8, กรมอนามัย	1.0
	4	มีฐานข้อมูลแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตาม ครบทุกราย - ร้อยละ....หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด - ร้อยละ....หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปาก - ร้อยละ..... แท้งท้องวัยรุ่น - ร้อยละ PPH.....	1.0
	5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1.0
	รอบที่ 2		
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	1	- มีการทบทวนสถานการณ์ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน รายโรงพยาบาล/ อำเภอ/CUP พร้อมทั้งสรุปรายงาน แก้ไขปัญหา	0.5
		- มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์	0.5
	2	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 และมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ รับผิดชอบ	1.0
	3	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1, 2 และ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ CUP มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายเพื่อจัดการ แก้ปัญหาและพัฒนางานโดยเป็นทีมช่วยเหลือวิชาการการบริหารจัดการการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร (action)	(1.0)
		- มีฐานข้อมูลแม่ตาย และรายงานแม่ตายรายสัปดาห์ รายเดือนแก่ สสจ.	0.3
		- รายงานการประชุมสืบสวนการตายระดับอำเภอ	0.3
		- ทะเบียน/รายงานการอบรม/ประชุมเพื่อพัฒนา/การบริหารจัดการเช่น การ ป้องกันการตายจากการตกเลือด/ความดันโลหิตสูง/การคัดกรองความเสี่ยงใน หญิงตั้งครรภ์/การดูแลภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม/การปฏิบัติตามCPG	0.4
	4	มีฐานข้อมูลแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการและกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตาม ครบทุกราย - ร้อยละ....หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด - ร้อยละ....หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปาก - ร้อยละ....แท้งท้องวัยรุ่น - ร้อยละ PPH.....	1.0
	5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1.0

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2558	2559	2560	2561
	อัตราส่วนการตายมารดา		ต่อการเกิดมีชีวิตแสนราย	20.33	0	0	56.78
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ต่อแสนเกิดมีชีวิต		
	1	เมืองหนองคาย	2,617	2	0		
	2	ท่าบ่อ	1,129	0	0		
	3	โพนพิสัย	617	0	0		
	4	ศรีเชียงใหม่	49	0	0		
	5	สังคม	70	0	0		
	6	สระใคร	153	0	0		
	7	เผ่าไร่	372	0	0		
	8	รัตนวาปี	127	0	0		
9	โพธิ์ตาก	72	0	0			
10	พิสัยเวหา	90	0	0			
	รวม	5,316	2	56.78			
เอกสารอ้างอิง	- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - คู่มือโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก						
ผู้รับผิดชอบ	นายสิริชัย ขำสมบัติ			โทร. 08 1964 3779			
	น.ส.ธารนา ธงชัย			โทร. 08 9618 3727			
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 38/29/13	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. เด็กอายุ 0-5ปี หมายถึงเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หรือคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) 2. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึงแบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปีใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติและดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาด้านการเข้าใจภาษาด้านการใช้ภาษาด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม 3. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ0-5ปี ที่ได้รับการประเมินด้วยDSPM หรือ DAIM ตามเกณฑ์อายุ แล้วพบว่า เด็กไม่สามารถทำได้ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน 4. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการTEDA4I หมายถึงแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการเด็กอายุตั้งแต่ 2 เดือนถึง 72 เดือน ใช้ประเมินกระตุ้นแก้ไขพัฒนาการและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งการประเมินเด็กออกเป็น 5 ด้านได้แก่ด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาด้านการเข้าใจภาษาด้านการใช้ภาษาด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ซึ่งต้องประเมินโดยนักจิตวิทยาหรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคนทุกสิทธิ์ ที่อยู่จริงในพื้นที่ (Type 1 และ 3) ตามกลุ่มอายุดังนี้ 1) อายุ 9 เดือน ถึง 9 เดือน 29 วัน 2) อายุ 18 เดือน ถึง 18 เดือน 29 วัน 3) อายุ 30 เดือน ถึง 30 เดือน 29 วัน 4) อายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน 5) อายุ 60 เดือน ถึง 60 เดือน 29 วัน
เป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90 1. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 2. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20 3. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 100 4. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100
วิธีการเก็บข้อมูล	- บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่านระบบรายงาน HDC (Special PP) - อำเภอ,จังหวัดรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562
แหล่งข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

การบันทึกข้อมูล	1. การบันทึกการคัดกรอง DSPM/DAIM ของเด็ก ในแฟ้ม Special PP ใช้รหัสดังต่อไปนี้ ที่ ช่องงานให้บริการ 1.1 เด็กสงสัยล่าช้า = 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน 1.2 เด็กสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที = 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที 2. การบันทึกผลการคัดกรองซ้ำ (หลังการคัดกรอง 30 วัน) สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B261สงสัยล่าช้าต้องได้รับการ ส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน และ 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ต้องดำเนินการ ประเมินด้วย DSPM/DAIM และบันทึกแฟ้ม SpecialPP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้ 2.1 ปกติ=1B260 2.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน 1B202 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B212 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B222 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B232 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B242 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 3. การบันทึกผลการแก้ไขพัฒนาการ ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหา พัฒนาการ สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรอง เป็น 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที และ เด็กสงสัยล่าช้า ตามข้อ 2 ที่ได้รับการส่งเสริม/ กระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วแต่ยังพบความผิดปกติของพัฒนาการซึ่งระบุด้านที่ล่าช้าเป็นราย ด้าน ตามข้อ 2.2 ซึ่งต้องดำเนินการประเมินด้วยคู่มือ TEDA4I และบันทึกแฟ้ม SpecialPP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้ 3.1 ปกติ=1B270 3.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน 1B271 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B272 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B273 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B274 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B275 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2 (รายเดือน)	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ต้องได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตาม เกณฑ์ทั้งหมด
รายการข้อมูล 3 (รายเดือน)	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ และพบสงสัยล่าช้าทั้งหมด
รายการข้อมูล 4 (รายเดือน)	D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ และพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน แล้วมีพัฒนาการสมวัย
รายการข้อมูล 5 (รายไตรมาส)	E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบที่รับการ กระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีที่ได้รับการ ส่งต่อเพื่อแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ทั้งหมด
รายการข้อมูล 6 (รายไตรมาส)	F = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัย ล่าช้าที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า และสงสัยล่าช้าส่ง ต่อทันที ที่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ครบ 3 เดือน

รายการข้อมูล 7	G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย (A-C+D)	
สูตรคำนวณ		
ตัวชี้วัด 1	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90 = (G/A) × 100	
ตัวชี้วัด 1.1	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 = (A/B) × 100	
ตัวชี้วัด 1.2	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20 = (C/A) × 100	
ตัวชี้วัด 1.3	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 100 = (D/C) × 100	
ตัวชี้วัด 1.4	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100 = (F/E) × 100	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ตัวชี้วัดที่ 1 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70
	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75
	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80
	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85
	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
	ตัวชี้วัดที่ 1.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 70
	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 75
	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 80
	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 85
	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90
	ตัวชี้วัดที่ 1.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 12
	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14
	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 16
	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18
	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20
	ตัวชี้วัดที่ 1.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 50
	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 60
	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 70
	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 80
	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90

	ตัวชี้วัดที่ 1.4 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100									
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 50								
	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 60								
	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 70								
	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 90								
	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 100								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						
				2558	2559	2560	2561			
	ร้อยละ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		ร้อยละ	96.99 (1292/133)	82.42 (5,632/6,833)	92.97 (12,264/13,191)	94.30 (10,980/11,644)			
	เด็ก 0- 5 ปี ได้รับการคัดกรองด้วยพัฒนาการด้วยDSPM		ร้อยละ	0.81 (156/19,176)	39.56 (7,006/17,711)	79.15 (13,098/16,548)	70.19 (11,644/16,142)			
	เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า		ร้อยละ	9.62 (15/156)	21.52 (1,508/7,006)	22.81 (2,988/13,098)	23.14 (2,695/11,644)			
	เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน		ร้อยละ	14.29 (2/15)	33.24 (488/1,508)	68.54 (2,033/2,988)	76.20 (2,036/2,695)			
	เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้ากระตุ้นภายใน 1 เดือนไม่ผ่านด้วย DSPM ส่งต่อกระตุ้นด้วย TEDA4I		ร้อยละ	-	-	-	20 (5/25)			
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561									
	อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	ติดตามได้	ร้อยละ	สมวัย	ร้อยละ
	เมือง	4,286	3,055	71.28	522	17.09	316	61	2,848	93.22
	ท่าบ่อ	2,282	2,153	94.35	575	26.71	500	88.18	2,076	96.42
	โพธิ์สัย	3,382	2,239	66.2	625	27.91	546	87.78	2,160	96.47
	ศรีเชียงใหม่	712	622	87.36	93	14.95	65	70.65	594	95.5
	สังคม	907	719	79.27	155	21.56	90	59.21	653	90.82
	สระใคร	967	616	63.7	169	27.44	111	66.47	557	90.42
	เผ่าไร่	1,864	1,083	58.1	277	25.58	234	84.78	1,040	96.03
	รัตนวาปี	1,269	795	62.65	182	22.89	113	62.09	726	91.32
	โพธิ์ตาก	473	362	76.53	97	26.80	61	63.54	326	90.06
	รวม	16,142	11,644	70.19	2,695	23.14	2,036	76.20	10,980	94.30
HDC:24/10/2561										
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูล 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC 2. การบันทึกผลการตรวจประเมินในคู่มือ DSPM/DAIM/TEDA4I 3. คลินิก WCC, คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก									
ผู้รับผิดชอบ	นายสิริชัย ขำสมบัติ						โทร. 08 1964 3779			
	น.ส.ธรรณา ธงชัย						โทร. 08 9618 3727			
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย						โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 39/30/14	ร้อยละของเด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) สูงดีสมส่วน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม-14 ปี 11 เดือน 29 วัน) 2. โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3) 3. ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า-2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ 4. ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $>+ 2$ S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542 5. ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน 6. สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง เมื่อเทียบกับ กราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ 7. สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง 8. เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) 9. ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ 14 ปี (เด็กอายุ 14 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี (เด็กที่มีอายุ 6 ปีเต็ม จนถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)
เป้าหมาย	1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 68 2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี เด็กชาย 154 เซนติเมตร เด็กหญิง 155 เซนติเมตร (ประเมินผลปีงบประมาณ 2564)
วิธีการประเมิน	ประมวลผลข้อมูลจากระบบ HDC ตัวชี้วัดกระทรวงปี 2561 ตัวชี้วัดที่ 6
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ รอบที่ 1 : ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 4 เดือน (ต.ค., พ.ย., ธ.ค.2561 และ ม.ค.2562) และบันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ตรวจสอบรายงานจาก HDC จังหวัด รอบที่ 2 : ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 3 เดือน (พ.ค., มิ.ย., ก.ค.2562) และบันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ตรวจสอบรายงานจาก HDC จังหวัด
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ที่ซึ่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60				
	2	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 62				
	3	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 64				
	4	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66				
	5	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	เด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) สูงดีสมส่วน		ร้อยละ	69.71	68.77	69.55
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	11,971	7,726	64.54	
	2	ท่าบ่อ	6,512	4,513	69.30	
	3	โพนพิสัย	6,909	5,242	75.87	
	4	ศรีเชียงใหม่	2,678	1,636	61.09	
	5	สังคม	2,285	1,581	69.19	
6	สระใคร	2,469	1,526	61.81		
7	เผ่าไร่	3,274	2,426	74.10		
8	รัตนวาปี	3,601	2,619	72.73		
9	โพธิ์ตาก	1,269	977	76.99		
10	พิสัยเวหา	1,032	967	93.70		
	รวม	42,000	29,213	69.55		
เอกสารอ้างอิง	รายงานข้อมูลผลการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในเด็กวัยเรียน ปีละ 2 ครั้ง (ดูรายงานจากระบบ HDC) รอบที่ 1 : ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 รอบที่ 2 : ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562					
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.ธารณา ธงชัย			โทร.		
	นายสิริชัย ขำสมบัติ					
	งานวัยเรียน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123		

ตัวชี้วัดที่ 40/31/-	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)					
หน่วยวัด	อัตราต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	อัตราการคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์อายุ 15 ปี ถึง 19 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่คลอดบุตรมีชีพต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิง 15-19 ปี พันคน					
เป้าหมาย	ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี พันคน					
วิธีการประเมิน	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562					
ระดับจังหวัด/คปสอ.						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area = 1, 3)					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่คลอดมีชีพ คำนวณอายุโดยนับถึงวันที่คลอด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 1,000					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				
	2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				
	3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				
	4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤36 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				
	5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี		อัตราต่อพัน	34.20	25.36	21.72
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
1	หนองคาย	4,321	75	17.36		
2	ท่าบ่อ	2,121	49	23.10		
3	โพนพิสัย	2,697	48	17.80		
4	ศรีเชียงใหม่	747	11	14.73		
5	สังคม	812	16	19.70		
6	สระใคร	769	19	24.71		
7	เผ่าไร่	1,324	52	39.27		
8	รัตนวาปี	1,275	29	22.75		
9	โพธิ์ตาก	397	14	35.26		
10	พิสัยเวช	411	10	24.33		
	รวม	14,874	323	21.72		

เอกสารอ้างอิง	1. แผนการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2. บันทึกรายงาน และประมวลผลจากฐานข้อมูล HDC, COCKPIT 3. สรุปผลการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	นายสิริชัย ขำสมบัติ	โทร. 08 1964 3779
	น.ส.ธรรณา ธงชัย	โทร.
	งานวัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 41/-/-	ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2561																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	1. ผู้สูงอายุ หมายความว่า ตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2. Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน 3. การคัดกรอง/ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เพื่อแยกภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 3.1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลคะแนนการแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 3.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลคะแนนการแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 5–11 คะแนน 3.3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพมีผลคะแนนการแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 0–4 คะแนน																
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดหนองคาย Type 1, 3																
เป้าหมาย	ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2561																
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64												
	ร้อยละ 95.38	ร้อยละ 95.88	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2561	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2562	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2563												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/HDC/บันทึกใน Special PP																
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562																
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																
ระดับจังหวัด																	
รายการข้อมูล 1	A : ร้อยละของ Healthy Aging ปี 2561																
รายการข้อมูล 2	B : ร้อยละของ Healthy Aging ปี 2562																
สูตรคำนวณ	(A-B)/B x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1</td></tr><tr><td>2</td><td>Healthy Aging ลดลงร้อยละ 0.5</td></tr><tr><td>3</td><td>Healthy Aging คงที่</td></tr><tr><td>4</td><td>Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5</td></tr><tr><td>5</td><td>Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1	2	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 0.5	3	Healthy Aging คงที่	4	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5	5	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1																
2	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 0.5																
3	Healthy Aging คงที่																
4	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5																
5	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1																

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2561		ร้อยละ	93.93	95.34	95.88

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2558-2560						
	อำเภอ	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เมือง	15,188	93.63	17,505	96.00	18,532	96.70
	ท่าบ่อ	6,889	91.54	9,542	96.10	9,779	94.45
	โพนพิสัย	9,547	94.50	9,254	91.37	10,071	93.14
	ศรีเชียงใหม่	3,045	96.36	2,841	97.23	3,565	97.03
	สังคม	2,457	91.27	2,845	99.06	2,889	97.70
	สระใคร	2,089	97.03	1,942	95.29	2,171	96.49
	เผ่าไร่	4,801	94.69	4,234	93.98	5,120	95.36
	รัตนวาปี	4,196	99.95	4,354	96.54	4,733	99.43
	โพธิ์ตาก	1,290	81.85	1,761	98.27	1,836	97.76
	รวม	49,502	93.93	54,278	95.34	58,696	95.88

เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) คู่มือ แนวทางการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care) 3) คู่มือ การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557		

ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 08-1977-8442
	งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 0-4242-2923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 42/32/15	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน “ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” เพื่อขับเคลื่อนแบบบูรณาการให้ตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผ่านเกณฑ์ 2. เกณฑ์ที่กำหนด (ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน ครอบคลุมประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 2.1 มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ในปีงบประมาณ 2561 2.2 มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ในปีงบประมาณ 2561 2.3 มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2.4 มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.5 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 2.6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 2.7 มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล 3. ระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว หมายถึง ทุกหน่วยบริการมีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่กำหนด 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่.1 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว 1.1 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบ่งออกเป็น 1) ติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) : พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น/ชุมชน/สังคม ได้ 2) ติดบ้าน (5-11 คะแนน) : ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง 3) ติดเตียง (0-4 คะแนน) : พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 1.2 ประเมินตามชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. 4 กลุ่ม 1) เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3) 2) เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C4,3,2) 3) ที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I3) 4) ที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต(TAI:I 2,1) กลุ่มที่.2 การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) สุขภาพช่องปาก 4) สุขภาวะทางตา (ต้อกระจก) 5) ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

	กลุ่มที่ 3. การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ 1) สมรรถภาพสมอง (MMSE) 2) ภาวะซึมเศร้า 3) ข้อเข่าเสื่อม 4) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม กลุ่มที่ 4. การคัดกรองภาวะโภชนาการ (รอบเอว) หมายเหตุ 1) มีข้อมูลจำนวนประชากรทุกกลุ่มวัยในพื้นที่และจำนวนผู้สูงอายุ 2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุรายบุคคล และรายกลุ่ม 3) มาตรการ / โครงการ / กิจกรรม ในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม 4. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์เทศบาลฯ มีการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ระดับตำบล หรือระดับชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ และบันทึกผลการประเมินชมรมในโปรแกรมหน้า web สสจ.หนองคาย ที่ http://203.157.92.5/miss_nk/ 4.1 เกณฑ์การให้คะแนน มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 5 หมวด 1) หมวดข้อมูลทั่วไป คะแนนเต็ม 15 คะแนน 2) หมวดกรรมการ คะแนนเต็ม 10 คะแนน 3) หมวดกฎ กติกา คะแนนเต็ม 10 คะแนน 4) หมวดการระดมทุน คะแนนเต็ม 20 คะแนน 5) หมวดกิจกรรม คะแนนเต็ม 45 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 5 หมวด 100 คะแนน 4.2 เกณฑ์ในการตัดสินเพื่อประเมินรับรองมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น ได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป ระดับดีมาก ได้คะแนน 70-79 คะแนน ระดับดี ได้คะแนน 60-69 คะแนน ระดับพื้นฐาน ได้คะแนน 50-59 คะแนน 5. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 12 วัน จากกรมอนามัย และ 6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง 7. เกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 7 องค์ประกอบ

	องค์ประกอบ			
	องค์ประกอบ	รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุฯ ครอบคลุมทุกประเด็น ได้แก่		
		1.1 ADL ร้อยละของการคัดกรอง	ร้อยละ 97	ร้อยละ 97
		1.2 มีการประเมินคัดกรองโรคที่พบบ่อย		
		1) เบาหวาน	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		2) ความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		3) สุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		4) สุขภาวะทางตา (ต้อกระจก)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		1.3 มีการคัดกรองภาวะเสื่อม		
		1) ภาวะซึมเศร้า	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		2) ภาวะสมองเสื่อม (MMSE)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		3) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		4) ข้อเท้าเสื่อม	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
		1.4 ภาวะโภชนาการ (รอบเอว)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
	2	มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	ต้องผ่านทั้ง 3 ข้อ	ต้องผ่านทั้ง 3 ข้อ
		2.1 มีการพัฒนาชมรมและประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล/ บ้านที่ผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมผู้สูงอายุ (http://203.157.92.5/miss_nk/)	ระดับพื้นฐาน	ระดับพื้นฐาน
		2.2 มีการพัฒนา/ประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และบันทึกผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรม ผู้สูงอายุ ครอบคลุม	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
		2.3 ผู้สูงอายุระดับ ตำบลหรือหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรม ผู้สูงอายุคุณภาพ	ระดับ ดี ≥ 1 ชมรม	ระดับ ดีมาก ≥ 1 ชมรม
	3	มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) สัดส่วน CG1: ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	1 คน 1:10	1 คน 1:10
	4	มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพ	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี
	5	มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี
	6	มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ครอบคลุม (นับเฉพาะพื้นที่ที่ สปสข.โอนงบประมาณไปที่บัญชีกองทุน ตำบลแล้ว)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	7	มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี
กลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดหนองคาย 2) ตำบลทุกตำบล (จำนวน 62 ตำบล) ใน 9 อำเภอของจังหวัดหนองคาย			
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. :ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care :LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์			
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ร้อยละ 58.36	ร้อยละ 95.16	95	100
วิธีการประเมิน	ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 องค์ประกอบ			
	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ Vision 2020 /โปรแกรมชมรมผู้สูงอายุ/ประเมิน/สำรวจ/			

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562					
ระดับจังหวัด/คปสอ.						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน <i>ผ่านเกณฑ์</i> ทุกองค์ประกอบ					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตำบลทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	30	75		
	2	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	35	80		
	3	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	40	85		
	4	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	45	90		
	5	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	50	95		
ระดับ รพ.สต.						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 องค์ประกอบ				
	2	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 องค์ประกอบ				
	3	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 องค์ประกอบ				
	4	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 องค์ประกอบ				
	5	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 องค์ประกอบ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์		ร้อยละ	14.50	58.06	95.16
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	อำเภอ/คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	16	16	100.00	
	2	ท่าบ่อ	10	10	100.00	
	3	โพนพิสัย	11	9	81.82	
	4	ศรีเชียงใหม่	4	4	100.00	
	5	สังคม	5	5	100.00	
	6	สระใคร	3	3	100.00	
	7	เฝ้าไร่	5	5	100.00	
	8	รัตนวาปี	5	5	100.00	
	9	โพธิ์ตาก	3	2	66.67	
10	พิสัยเวหา	-	-			
รวม		62	59	95.16		

เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) คู่มือ แนวทางการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) 3) คู่มือ การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557	
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 08-1977-8442
	นายกเพชร ขนเขียว	โทร.
	งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 43/33/-	ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผักและผลไม้สด 2. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว ได้แก่ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 3. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง 3.1 อาหารสดที่ตรวจวิเคราะห์โดยห้องปฏิบัติการ ได้แก่ - ผักและผลไม้สดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 386 พ.ศ.2560 ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกินค่ามาตรฐาน 3.2 อาหารสดที่ตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (test kit) ได้แก่ - ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย ที่ตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกินค่ามาตรฐาน ไม่รวมเรื่องร้องเรียน 4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง อาหารแปรรูปที่ตรวจวิเคราะห์โดยห้องปฏิบัติการ ได้แก่ - น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ.2524 เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด ไม่รวมเรื่องร้องเรียน 5. ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลการตรวจวิเคราะห์โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่รัฐรับรอง 6. ตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (test kit) หมายถึง ผลการตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (test kit) โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit For food safety) หรือหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดอาหารแปรรูปที่มีการผลิตหรือจำหน่ายในจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1. ผักและผลไม้สด ณ สถานที่คัดและบรรจุผักและผลไม้ และสถานที่จำหน่าย 2. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต
เป้าหมาย	ร้อยละ 97
วิธีการประเมิน	รายงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนของอาหารสดอาหารแปรรูปที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนของอาหารสดอาหารแปรรูปที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	รอบที่ 1										
	ระดับคะแนน		รายละเอียด								
	1		ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐาน ร้อยละ 93 และอาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่างร้อยละ 60								
	2		ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐาน ร้อยละ 94 และอาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่างร้อยละ 70								
	3		ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐาน ร้อยละ 95 และอาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่างร้อยละ 80								
	4		ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐาน ร้อยละ 96 และอาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่างร้อยละ 90								
	5		ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐาน ร้อยละ 97 และอาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่างร้อยละ 100								
หมายเหตุ ผลการดำเนินงานต้อง “ผ่านทั้งสองส่วน” จึงจะได้คะแนนในระดับนั้น											
	รอบที่ 2										
	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน								
	1		ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 89								
	2		ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 91								
	3		ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93								
	4		ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95								
	5		ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงานอาหารสดอาหารแปรรูป ปีงบประมาณ 2559-2561										
	1. ผลการดำเนินงานแยกรายผลิตภัณฑ์										
	อำเภอ	หน่วยวัด	อาหารสด					อาหารแปรรูป			
			ผักและผลไม้สด			ผักและผลไม้สด		น้ำบริโภค			
			ณ สถานที่คัดและบรรจุ			ณ สถานที่จำหน่าย					
			2559	2560	2561	2559	2560	2561	2559	2560	2561
	สังคม	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	100.00 (81/81)	93.02 (40/43)	97.00 (98/101)	100.00 (4/4)	100.00 (4/4)	100.00 (4/4)
	ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	100.00 (138/138)	90.91 (50/55)	98.4 (121/123)	100.00 (7/7)	100.00 (7/7)	100.00 (8/8)
	ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	98.60 (211/214)	96.60 (227/235)	98.9 (269/272)	100.00 (19/19)	100.00 (21/21)	100.00 (18/18)
	โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	100.00 (16/16)	100.00 (50/50)	94.7 (36/38)	100.00 (2/2)	100.00 (1/1)	100.00 (1/1)
	เมือง	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	100 (1/1)	98.02 (446/455)	97.92 (235/240)	98.7 (384/389)	96.15 (25/26)	90.32 (28/31)	100 (24/24)
	สระใคร	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	99.06 (105/106)	94.67 (71/75)	98.9 (88/89)	100.00 (3/3)	100.00 (3/3)	100.00 (3/3)
	โพนพิสัย	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	99.58 (235/236)	98.33 (59/60)	100.00 (90/90)	92.86 (13/14)	100.00 (18/18)	100.00 (9/9)
	เผ่าไร่	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	99.32 (146/147)	98.00 (98/100)	100.00 (54/54)	87.50 (7/8)	100.00 (10/10)	100.00 (9/9)
	รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	-	98.75 (79/80)	97.37 (37/38)	100.00 (58/58)	87.50 (7/8)	100.00 (10/10)	100.00 (5/5)
	รวม	ร้อยละ (ผ่านทั้งหมด)	-	-	100 (1/1)	98.91 (1457/1473)	96.76 (867/896)	98.7 (1198/1214)	95.60 (87/91)	97.14 (102/105)	100.00 (81/81)

	2. ผลการดำเนินงานภาพรวม				
	อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2559-2561 (อาหารสดอาหารแปรรูป)		
			2559	2560	2561
	สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (85/85)	93.62 (44/47)	97.14 (102/105)
	ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (145/145)	91.94 (57/62)	98.47 (129/131)
	ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.71 (230/233)	96.88 (248/256)	98.97 (287/290)
	โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (18/18)	100.00 (51/51)	94.87 (37/39)
	เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.92 (471/481)	97.05 (263/271)	98.79 (408/413)
	สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.08 (108/109)	94.87 (74/78)	98.91 (91/92)
	โพนพิสัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.2 (248/250)	98.72 (77/78)	100.00 (99/99)
	เผ้าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.71 (153/155)	98.18 (108/110)	100.00 (63/63)
	รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.73 (86/88)	97.92 (47/48)	100.00 (63/63)
	รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.72 (1544/1564)	96.80 (969/1001)	98.77 (1279/1295)

เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปให้มีความปลอดภัย 2. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่าย/ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมาย 3. บันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (แบบ ตส.3(50)) 4. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร 5. แบบฟอร์มรายงานการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารโดย Mobile Units 6. แบบฟอร์มรายงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 7. ภาพกิจกรรม	

ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง	โทร. 08 1871 3114
	นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์	โทร. 09 1059 8264
	นางสาวเพ็ญพร ส่งเมือง	โทร. 08 4032 5650
	นางสาวพัชรินทร์ กองแก้ว	โทร. 08 3082 5931
	งานความปลอดภัยด้านอาหาร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.หนองคาย	

ตัวชี้วัดที่ 44/-/	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด															
หน่วยวัด	ร้อยละ															
น้ำหนัก	ร้อยละ															
คำอธิบาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร (ยกเว้น ผักและผลไม้สด และน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท) ยา เครื่องสำอาง ที่เก็บจากสถานที่ผลิตนำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้น ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ อุกเหิน หรือวิเคราะห์ซ้ำ															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในจังหวัดหนองคาย															
เป้าหมาย	ร้อยละ 97															
วิธีการประเมิน	แบบรายงาน															
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด															
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบทั้งหมด															
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>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 89</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 91</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97</td></tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 89	2	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 91	3	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93	4	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95	5	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน															
1	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 89															
2	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 91															
3	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93															
4	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95															
5	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97															
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>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ			
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ														
		2559	2560	2561												
ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ															
เอกสารอ้างอิง	แบบรายงานข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561															
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129														

ตัวชี้วัดที่ 45/34/-	จังหวัด : ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ คปสอ. : ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม ■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชน) จังหวัดหนองคาย ■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ฝ่าฝืน หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย โดยหมายความรวมถึงสถานพยาบาลหรือสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่ไม่ได้มาตรฐาน กฎหมาย หมายถึง กฎหมายตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และ กฎหมายตามพ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ได้รับการดำเนินการ หมายถึง ได้ดำเนินการ ตามอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 และ พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมดังนี้ ■ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด ■ กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายเหตุ ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จะต้องปรากฏว่า ผู้ขอรับใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : กลุ่มที่ 1 ร้อยละ 100 และ กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 70
วิธีการประเมิน	รายงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562
ระดับจังหวัด	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่ได้รับการดำเนินการ
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	ร้อยละ	100	100	100
	สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	100	100	100
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	100	100	100
เอกสารอ้างอิง	1. แบบฟอร์มรายงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 2. ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง	โทร.			
	นางสาวธัญสินี จำปาลอย	โทร.			
	นายสมคิด ประชานันท์	โทร.			
	งานมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 102			

ตัวชี้วัดที่ 46/-/	ร้อยละการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ													
หน่วยวัด	ร้อยละ													
น้ำหนัก	ร้อยละ													
คำอธิบาย	โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในการค้ากับของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 7 ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย (ที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ โฆษณาบริการสุขภาพ หมายถึง การโฆษณาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่อยู่ในการค้ากับของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย หมายถึง การโฆษณาที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รับการดำเนินการ หมายถึง ได้ดำเนินการ ตามอำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ระบุไว้ในกฎหมาย													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายทางสื่อทุกชนิดภายในจังหวัด													
เป้าหมาย	ร้อยละ 100													
วิธีการประเมิน	รายงาน													
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4													
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ													
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมาย													
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>รายละเอียด</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>2</td><td>การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 85</td></tr> <tr> <td>3</td><td>การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>4</td><td>การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 95</td></tr> <tr> <td>5</td><td>การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	รายละเอียด	1	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 80	2	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 85	3	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 90	4	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 95	5	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 100	
ระดับคะแนน	รายละเอียด													
1	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 80													
2	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 85													
3	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 90													
4	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 95													
5	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ร้อยละ 100													
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>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	ร้อยละ	100	100	100
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ										
		2559	2560	2561										
การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	ร้อยละ	100	100	100										
เอกสารอ้างอิง	1. แบบฟอร์มรายงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 2. ภาพกิจกรรม													
ผู้รับผิดชอบ	<table border="1"> <tr> <td>นายไพรัตน์ ประทุมทอง</td><td>โทร. 08-1871-3114</td></tr> <tr> <td>นางสาวเยาวลักษณ์ บุญจันทร์</td><td>โทร.</td></tr> <tr> <td>นางวิภาพร องคนุตสรณ์</td><td>โทร. 09-5656-4848</td></tr> <tr> <td>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย</td><td>โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129</td></tr> </table>	นายไพรัตน์ ประทุมทอง	โทร. 08-1871-3114	นางสาวเยาวลักษณ์ บุญจันทร์	โทร.	นางวิภาพร องคนุตสรณ์	โทร. 09-5656-4848	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129					
นายไพรัตน์ ประทุมทอง	โทร. 08-1871-3114													
นางสาวเยาวลักษณ์ บุญจันทร์	โทร.													
นางวิภาพร องคนุตสรณ์	โทร. 09-5656-4848													
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129													

ตัวชี้วัดที่ 47/35/16	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง ลดลง
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. โรคอาหารเป็นพิษ (ICD-10 : A05) หมายถึง อาการป่วย (คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง) อาจมีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำร่วมด้วย ร่วมกับประวัติการกินอาหารหรือน้ำ ยกเว้น พิษที่เกิดจากยา/โลหะหนัก/ยาฆ่าศัตรูพืช (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546) 2. โรคอุจจาระร่วง (ICD-10 : A09) หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือเลือดปนอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมง (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546) 3. จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตามข้อ 1 และ รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 4. จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามข้อ 2 และ รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 5. อัตราป่วย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ ในจำนวนประชากร 100,000 คน ในช่วงเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคนั้นๆ} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}}$ 6. เหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ (Outbreak) หมายถึง กรณีพบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามโรคอาหารเป็นพิษ ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป และเกิดหลังจากรับประทานอาหารจากแหล่งร่วมในช่วงเวลาสั้นๆ หรือมีประวัติเชื่อมโยงกัน (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546) 7. เหตุการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วง (Outbreak) หมายถึง กรณีที่พบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามโรคอุจจาระร่วง ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป ในช่วงใดช่วงหนึ่ง (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : 1. อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 50 2. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 20 ระดับ คปสอ./รพ.สต. : 5 ขั้นตอน
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน คปสอ.
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2562 เปรียบเทียบกับ มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2562 เปรียบเทียบกับ มกราคม-กรกฎาคม 2557
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยโรคนั้นๆ
รายการข้อมูล 2	B : อัตราป่วยโรคนั้นๆ ปี 2557
สูตรคำนวณ	ร้อยละของอัตราป่วยของโรค ลดลงจากปี 2557 $= \frac{(B-A) \times 100}{B}$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	เกณฑ์การให้คะแนน		ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
	ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง		42	44	46	48	50
	ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง		12	14	16	18	20

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/
	ขั้นตอน/รายละเอียด มีดังนี้					
	ขั้นตอน	รายละเอียด				
	1	1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ				
	2	2.1 มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ				
	3	3.1 มีการดำเนินการตามกิจกรรมในโครงการ 3.2 มีการจัดประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร แก่ ครู อนามัยโรงเรียน, ผู้ประกอบการอาหาร, ผู้ปกครอง, อาสาสมัครสาธารณสุข, ประชาชนทั่วไป 3.3 มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษแก่ประชาชน				
	4	4.1 มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานระดับตำบล $\geq$ ร้อยละ 80 4.2 จำนวนตำบลที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 $\geq$ ร้อยละ 80				
	5	5.1 อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 50 และ 5.2 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 20				
รอบที่ 1 ประเมินขั้นตอนที่ 1 และ 2 (คะแนนเต็ม 2)						
รอบที่ 2 ประเมินขั้นตอนที่ 1,2,3, 4, 5 (คะแนนเต็ม 5)						

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ขั้นตอน	รายละเอียด				
	1	1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ				
	3	3.1 มีการดำเนินการตามกิจกรรมในโครงการ 3.2 มีการจัดประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร แก่ ครู อนามัยโรงเรียน, ผู้ประกอบการอาหาร, ผู้ปกครอง, อาสาสมัครสาธารณสุข, ประชาชนทั่วไป 3.3 มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษแก่ประชาชน				
	4	4.1 มีสรุปผลการดำเนินงานโครงการ /กิจกรรม				
	5	5.1 ไม่เหตุการณ์การระบาดในพื้นที่ (มีจำนวนผู้ป่วยในเหตุการณ์ 10 ราย ขึ้นไป)				
	รอบที่ 1 ประเมินขั้นตอนที่ 1 และ 2 (คะแนนเต็ม 2)					
	รอบที่ 2 ประเมินขั้นตอนที่ 1,2,3, 4, 5 (คะแนนเต็ม 5)					

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี		
			2559	2560	2561
	อัตราป่วย โรคอาหารเป็นพิษ	ต่อแสนปชก.	391.3	232.5	174.2
	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ	-61.04	-62.9	-60.1
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง	ต่อแสนปชก.	1,468.78	1,163.6	989.7
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ	-30.93	-46.17	-42.9
เอกสารอ้างอิง คปสอ.	1. เอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ 2. แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ 3. หลักฐานการจัดการการจัดประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร แก่ ครู อนามัยโรงเรียน, ผู้ประกอบการอาหาร, ผู้ปกครอง, อาสาสมัครสาธารณสุข, ประชาชนทั่วไป 4. หลักฐานการณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษแก่ประชาชน 5. ผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานระดับตำบล 6. ทะเบียนผู้ป่วยของอำเภอ 7. สรุปผลการดำเนินงาน				
เอกสารอ้างอิง รพ.สต.	- ฐานข้อมูลรายงาน 506, - คู่มือนิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546				
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702		
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136		

อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ แยกรายอำเภอ จ.หนองคาย

พ.ศ.2557-2561

อำเภอ	โรคอุจจาระร่วง						โรคอาหารเป็นพิษ					
	อัตราป่วยต่อ ปชก. แสนคน					เป้าหมายอัตราป่วย ปี 2562 (ลดลง $\geq 20\%$ จากปี 2557)	อัตราป่วยต่อ ปชก. แสนคน					เป้าหมายอัตราป่วย ปี 2562 (ลดลง $\geq 50\%$ จากปี 2557)
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	
เมือง	2,439.3	2,285.3	2,033.1	1,422.6	1,420.0	1,951.4	513.1	357.6	258.2	245.5	176.6	256.6
ท่าบ่อ	2,757.1	2,186.6	1,382.7	1,061.4	881.2	2,205.7	115.5	152.8	197.4	36.1	7.2	57.8
ศรีเชียงใหม่	2,040.0	1,889.6	2,113.2	1,925.3	773.4	1,632.0	275.5	343.6	405.1	165.3	38.8	137.7
สังคม	1,872.8	1,496.2	2,220.4	1,738.9	830.2	1,498.2	362.1	314.4	119.4	139.3	87.0	181.1
โพนพิสัย	1,714.9	1,413.3	1,020.6	838.0	726.4	1,371.9	1,277.3	1,293.5	1,041.9	288.1	422.9	638.7
สระใคร	2,819.2	2,568.2	1,996.6	1,380.0	1,183.5	2,255.4	79.0	30.1	67.7	131.6	18.7	39.5
เผ่าไร่	1,853.6	558.5	598.8	617.9	882.3	1,482.9	850.2	999.8	251.4	80.6	84.2	425.1
รัตนวาปี	1,406.8	435.5	541.2	788.5	590.7	1,125.4	749.9	1,517.8	376.2	809.2	319.9	374.9
โพธิ์ตาก	2,038.8	1,082.3	1,160.5	1,232.2	782.2	1,631.1	43.8	49.0	20.6	332.5	78.2	21.9
หนองคาย	2,161.6	1,710.9	1,468.8	1,163.6	989.7	1,729.3	590.4	626.5	391.3	232.5	174.2	295.2

หมายเหตุ ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561

ที่มา : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ 48/36/17	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	หน่วยบริการสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่ รพ. รพ.สต. และ อสม. ใช้แบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของกองสุศึกษา ออกทำการประเมินประชาชนกลุ่มเป้าหมายวัยทำงาน (15-59 ปี) ตามจำนวนที่ได้รับมอบหมาย ทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมิน ลงบันทึกข้อมูลแบบประเมินตามคู่มือรหัสลงบันทึกข้อมูล ในตาราง ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์(Microsoft ExelX) ไฟล์ชื่อ Program HL-HB analysis 3อ.2ส.xls (Download ได้ที่ WWW.hed.go.th) แปรผลและสรุปผลโดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1.ระดับไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60) 2.ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-69) 3.ระดับดี (ร้อยละ 70-79) 4.ระดับดีมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) โดยมีผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของกลุ่มเป้าหมายใน ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 60 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior : HB) หมายถึง การกระทำที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่นๆในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชนเจ็บป่วย หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่นมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรม												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี)												
เป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีผลการประเมินระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 60												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการประเมินระดับพอใช้ขึ้นไป												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชาชนเป้าหมายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด												
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>ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 55</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 50	2	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 55	3	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 60	4	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 65	5	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 70
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 50												
2	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 55												
3	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 60												
4	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 65												
5	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ถูกต้อง ระดับพอใช้ขึ้นไป ร้อยละ 70												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) 3อ.2ส.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป	ร้อยละ 60	59.20	64.58	65.45
	ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) 3อ.2ส.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป	ร้อยละ 60	47.77	51.94	53.67
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/ การจัดกิจกรรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2ส.ในประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) 2. แผนการประเมิน การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การแปลผล 3. แบบประเมิน .แบบสรุปผล ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร งานสื่อสารองค์กรและประชาสัมพันธ์ สสจ.หนองคาย		โทร. 08 8560 2854 โทร. 0 4242 2923 ต่อ 121		

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ประชาชนวัยทำงาน

ตารางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากร อายุ 15-59 ปี	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง สูตร Taro Yamane
1	เมืองหนองคาย	103,005	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	56,422	397	
3	โพนพิสัย	67,807	398	
4	ศรีเชียงใหม่	20,627	392	
5	สังคม	17,148	391	
6	สระใคร	19,875	392	
7	เผ่าไร่	36,030	396	
8	รัตนวาปี	26,262	394	
9	โพธิ์ตาก	9,300	384	
	รวม	356,476	3,542	

หมายเหตุ นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ไปประเมินประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง นำเข้าโปรแกรมวิเคราะห์ นับจำนวนผู้ตอบแบบประเมินที่คะแนนอยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และสรุปผลรายอำเภอ (ประเมินไม่ซ้ำคนในรอบประเมินที่ 1 และ 2)

ตัวชี้วัดที่ 49/-/-	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE ตามกลุ่ณามัธยมศึกษา (IHR) (19 ประเด็น)
หน่วยวัด	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE ตามกลุ่ณามัธยมศึกษา (IHR) อย่างน้อยร้อยละ 80
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. การดำเนินงานตามมาตรฐานกลุ่ณามัธยมศึกษา พ.ศ.2548 (IHR2005) ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินจำนวน 19 ประเด็น ประเด็นที่ 1 ด้านกฎหมาย นโยบาย และงบประมาณ ประเด็นที่ 2 ด้านการประสานงานกลุ่ณามัธยมศึกษา ประเด็นที่ 3 ด้านการป้องกันการเกิดและการแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยา ประเด็นที่ 4 ด้านการป้องกันการเกิดและการแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ประเด็นที่ 5 ด้านอาหารปลอดภัย ประเด็นที่ 6 ด้านชีวอนามัยและความปลอดภัยทางชีวภาพ ประเด็นที่ 7 ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประเด็นที่ 8 ด้านการพัฒนาระบบห้องปฏิบัติการ ประเด็นที่ 9 ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังให้ทันเวลา ประเด็นที่ 10 ด้านการพัฒนาระบบการรายงานโรค ประเด็นที่ 11 ด้านการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ประเด็นที่ 12 ด้านการเตรียมความพร้อม ประเด็นที่ 13 ด้านศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประเด็นที่ 14 ด้านการเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนสาธารณสุขและหน่วยงานความมั่นคง ประเด็นที่ 15 ด้านมาตรการช่วยเหลือทางการแพทย์และสาธารณสุข และการเคลื่อนย้ายกำลังบุคลากร ประเด็นที่ 16 ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ประเด็นที่ 17 ด้านการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ ประเด็นที่ 18 ด้านการจัดการภัยด้านสารเคมี ประเด็นที่ 19 ด้านการจัดการภัยด้านกัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ กรมควบคุมโรคได้กำหนดให้ดำเนินการตั้งแต่ปี 2561-2565 ปีละ 4 ประเด็น โดยในปี 2562 จังหวัดหนองคาย กำหนดการดำเนินการใน 4 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 2 , 4, 7, 11 และรวมกับเป้าหมายที่ดำเนินการในปี 2561 ที่ผ่านมา 4 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1, 10, 13 ,17 รวมเป็น 8 ประเด็น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คณะทำงาน IHR
เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ 8 ประเด็น (ประเด็นที่ 1, 2 , 4, 7, 10, 11, 13, 17)
วิธีการประเมิน	ประเมินตามแนวทางการประเมิน JEE (Joint External Evaluation) โดย สำนักระบาด และ สคร. ช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A : ประเด็น JEE ที่มีผลผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 2	B : ประเด็น JEE ที่ดำเนินการในปี 2562
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE จำนวน 4 ประเด็น				
	2	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE จำนวน 5 ประเด็น				
	3	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE จำนวน 6 ประเด็น				
	4	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE จำนวน 7 ประเด็น				
	5	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE จำนวน 8 ประเด็น				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมิน JEE		ร้อยละ	-	-	ผ่าน 3 ประเด็น (1, 10, 17)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561					
	ลำดับ	จังหวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ	
	1	หนองคาย	4	3	ไม่ผ่านประเด็นที่ 13	
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการประเมิน JEE 2. เอกสารการดำเนินงานตามแนวทางการประเมิน JEE 3. รายงานผลการประเมิน JEE					
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล			โทร. 08-1975-6115		
	นางสาวศิริพร พรหมศิริ			โทร. 09-5663-8838		
	กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 50/-/-	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จังหวัดหนองคายผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT																		
หน่วยวัด	ร้อยละตัวชี้วัด																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																		
คำอธิบาย	ทีม SRRT จังหวัด หมายถึง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับจังหวัดหนองคายผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 หมายถึง จังหวัดชายแดนมีการดำเนินงานตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว 4 องค์ประกอบดังนี้ ด้านความเป็นทีม (3 ตัวชี้วัด) ด้านความพร้อม (2 ตัวชี้วัด) ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน (4 ตัวชี้วัด) และด้านผลงาน (5 ตัวชี้วัด) รวม 4 องค์ประกอบ 14 ตัวชี้วัด 31 ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 25 ตัวชี้วัดย่อยระดับดี ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน คือ ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัดย่อย ผ่านเกณฑ์ระดับดี คือ ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน และระดับดีทุกตัวชี้วัดย่อย																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม SRRT ระดับจังหวัดหนองคาย 1 ทีม																		
เป้าหมาย	ทีม SRRT จังหวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT																		
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง รอบที่ 2 : ประเมินโดย สคร.8 อุดรธานี (กรกฎาคม 2562) (ผลประเมินรับรองมาตรฐาน มีอายุ 3 ปี 2562-2564)																		
ระยะเวลาประเมินผล	ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน = มกราคม 2562 – มิถุนายน 2562 ข้อมูลย้อนหลัง 1ปี = กรกฎาคม 2561 – มิถุนายน 2562 ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี = กรกฎาคม 2559 – มิถุนายน 2562																		
ระดับจังหวัด	ร้อยละตัวชี้วัดทีม SRRT ระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT B : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับดีที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT																		
รายการข้อมูล 2	C : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมดที่ประเมิน D : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับดีทั้งหมดที่ประเมิน																		
สูตรคำนวณ	ระดับพื้นฐาน = (A/C) x 100 ระดับดี = (A ทั้งหมด+B)/(C+D) x 100																		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100</td></tr><tr><td>2</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 40</td></tr><tr><td>3</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 60</td></tr><tr><td>4</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 80</td></tr><tr><td>5</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 100</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100	2	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 40	3	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 60	4	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 80	5	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 100						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																		
1	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100																		
2	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 40																		
3	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 60																		
4	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 80																		
5	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ^๓ ร้อยละ 100 และ ตัวชี้วัดย่อยระดับดีร้อยละ 100																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>ทีม SRRT ระดับจังหวัด</td><td>-</td><td>ระดับ พฐ.พื้นฐาน 3</td><td>ระดับ พฐ.พื้นฐาน 6</td><td>ระดับ พฐ.พื้นฐาน 3</td></tr><tr><td>ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (โดย สคร.)</td><td>จำนวน</td><td>ดี 6</td><td>ดี 3</td><td>ดี 6</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	ทีม SRRT ระดับจังหวัด	-	ระดับ พฐ.พื้นฐาน 3	ระดับ พฐ.พื้นฐาน 6	ระดับ พฐ.พื้นฐาน 3	ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (โดย สคร.)	จำนวน	ดี 6	ดี 3	ดี 6
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2559	2560	2561															
ทีม SRRT ระดับจังหวัด	-	ระดับ พฐ.พื้นฐาน 3	ระดับ พฐ.พื้นฐาน 6	ระดับ พฐ.พื้นฐาน 3															
ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (โดย สคร.)	จำนวน	ดี 6	ดี 3	ดี 6															

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	ร้อยละตัวชี้วัด(100%)		ผ่านมาตรฐาน
			ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	
	1	หนองคาย	100	95.83	ระดับพื้นฐาน
	2	ท่าบ่อ	100	100	ระดับดี
	3	โพนพิสัย	100	100	ระดับดี
	4	ศรีเชียงใหม่	100	100	ระดับดี
	5	สังคม	100	100	ระดับดี
	6	สระใคร	100	79.17	ระดับพื้นฐาน
	7	เผ่าไร่	100	100	ระดับดี
	8	รัตนวาปี	100	100	ระดับดี
9	โพธิ์ตาก	100	83.33	ระดับพื้นฐาน	
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารแบบเก็บข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR_JEE) ระดับจังหวัด 2. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปี 2555				
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.ศิริพร พรหมศิริ			โทร. 09 5663 8838	
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242923 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 51/37/18	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอและหน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด : จำนวนศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ระดับอำเภอ/ตำบล : ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัด
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ศูนย์ระบาดวิทยา หมายถึง ศูนย์รวบรวม วิเคราะห์สถานการณ์ นำเสนอข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวัง รับแจ้งข่าวสอบสวนควบคุมโรค ตามบทบาทหน้าที่ด้านระบาดวิทยา ในทุกระดับ ระดับจังหวัด=สสจ.หนองคาย ระดับอำเภอ=สสอ.หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายตามที่อำเภอกำหนด ระดับตำบล=รพ.สต., PCU.รพ. ,รพ.พิสัยเวหา เกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อจังหวัดหนองคาย หมายถึง การประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยา ตามบทบาทหน้าที่ของ SRRT และกำหนดตัวชี้วัดโดยอ้างอิงจากมาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อ ของกรมควบคุมโรค ผนวกกับตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การดำเนินงานทางระบาดวิทยาของหน่วยงาน แต่ละระดับในรูปแบบเครือข่าย ประกอบด้วย เกณฑ์ 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านการเฝ้าระวัง (ความครอบคลุม, ความครบถ้วน, ความทันเวลา, ความสม่ำเสมอ, วิเคราะห์สถานการณ์, เตือนภัย) 2) ด้านการสอบสวนโรค (ครบถ้วน, ทันเวลา, คุณภาพ) 3) ด้านการพัฒนาเครือข่าย ตัวชี้วัดเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับอำเภอ ประกอบด้วย เกณฑ์ด้านที่ 1, 2, 3 รอบที่ 1 ประเมิน เกณฑ์ด้านที่ 1=5 ตัวชี้วัด 15 คะแนน ด้านที่ 2=5 ตัวชี้วัด 15 คะแนน รวมทั้งสิ้น 30 คะแนน รอบที่ 2 ประเมิน เกณฑ์ด้านที่ 1=5 ตัวชี้วัด 15 คะแนน ด้านที่ 2=5 ตัวชี้วัด 15 คะแนน เกณฑ์ด้านที่ 3=3 ตัวชี้วัด 15 คะแนน รวมทั้งสิ้น 45 คะแนน ตัวชี้วัดเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับตำบล ประกอบด้วย เกณฑ์ด้านที่ 1, 2 รอบที่ 1, 2 ประเมิน เกณฑ์ด้านที่ 1=3 ตัวชี้วัด 9 คะแนน ด้านที่ 2=4 ตัวชี้วัด 12 คะแนน รวมทั้งสิ้น 21 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอ 9 แห่ง (1 แห่ง/อำเภอ) หน่วยระบาดวิทยาระดับ รพ. และ รพ.สต. 84 แห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละ 40 ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับคะแนนรวม ร้อยละ 80 (4 อำเภอ) ระดับ คปสอ. : ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 80 ระดับ รพ.และ รพ.สต. : ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	ระดับ คปสอ. รอบที่ 1/รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสจ. ระดับตำบล รอบที่ 1 : ประเมินโดย สสอ. รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสจ.
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = ตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561 ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน = กรกฎาคม 2561 – ธันวาคม 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562 ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = เมษายน 2562 – มิถุนายน 2562 ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน = มกราคม 2561 – มิถุนายน 2562

ระดับจังหวัด	ร้อยละศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A / B) X 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อร้อยละ 20 (2 อำเภอ)				
	2	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อร้อยละ 30 (3 อำเภอ)				
	3	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อร้อยละ 40 (4 อำเภอ)				
	4	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อร้อยละ 50 (5 อำเภอ)				
	5	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อร้อยละ 60 (6 อำเภอ)				
ระดับ คปสอ.	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 80					
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ					
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอทั้งหมดตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ					
สูตรคำนวณ	(A / B) X 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน <ร้อยละ 20				
	2	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 20				
	3	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 40				
	4	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 60				
	5	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 80				
ระดับ รพ.สต.	หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนนร้อยละ 80					
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ					
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลทั้งหมดตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ					
สูตรคำนวณ	(A / B) X 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน<ร้อยละ 20				
	2	หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 20				
	3	หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 40				
	4	หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 60				
	5	หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนน ร้อยละ 80				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	เริ่มการประเมินระบาดวิทยาโรคติดต่อ ปีงบประมาณ 2562		ร้อยละ	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารแบบเก็บข้อมูลการประเมินเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อจังหวัดหนองคาย ดาวโหลดเอกสาร Line : SRRT_NK 2. มาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักโรคบา 3. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปี 2555					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวศิริพร พรหมศิริ		โทร. 09 5663 8838			
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 136			

เกณฑ์และตัวชี้วัดระดับวิทยารอคิดติดต่อสำหรับหน่วยงานแต่ละระดับ

ตัวชี้วัด	ระดับตำบล	ระดับอำเภอ
1. เกณฑ์การเฝ้าระวังโรค		
1.1 มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	--	/
1.2 มีความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	/	--
1.3 มีความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	/	/
1.4 มีความสม่ำเสมอของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	--	/
1.5 มีการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง	/	/
1.6 มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค	--	/
2. เกณฑ์การสอบสวนโรค		
2.1 มีความครบถ้วนของการสอบสวนโรค	/	/
2.2 มีความทันเวลาของการสอบสวนโรค	/	/
2.3 มีความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด	--	/
2.4 มีการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ	/	/
2.5 มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพและนำเสนอผลงาน	/	/
3. เกณฑ์การพัฒนาเครือข่าย		
3.1 หน่วยงานในเครือข่ายที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน	--	/
3.2 หน่วยงานในเครือข่ายที่ไม่ผ่านเกณฑ์และสามารถพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ได้	--	/
3.3 หน่วยงานในเครือข่ายที่เคยผ่านเกณฑ์แล้วยังรักษามาตรฐานไว้ได้	--	/

การกำหนดตัวชี้วัดและวิธีคิดคะแนนเพื่อประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระดับวิทยารอคิดติดต่อ

ตัวชี้วัด	วิธีคิดคะแนน	
1. เกณฑ์การเฝ้าระวังโรค		
1.1 มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	3	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค $\geq$ ร้อยละ 90
	2	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค ร้อยละ 70–89
	1	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค ร้อยละ 50–69
	0	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค $<$ ร้อยละ 50
1.2 มีความสม่ำเสมอของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	3	มีการรายงานสม่ำเสมอ $\geq$ ร้อยละ 80
	2	มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 60 – 79
	1	มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 40 – 59
	0	มีการรายงานสม่ำเสมอ $<$ ร้อยละ 40
1.3 มีความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	3	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน $\geq$ ร้อยละ 90
	2	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน ร้อยละ 70 – 89
	1	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน ร้อยละ 50 – 69
	0	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน $<$ ร้อยละ 50
1.4 มีความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	3	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา $\geq$ ร้อยละ 90
	2	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา ร้อยละ 70 – 89
	1	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา ร้อยละ 50 – 69
	0	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา $<$ ร้อยละ 50
1.5 มีการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง	3	มีการจัดทำสถานการณ์โรคและเผยแพร่ 49-52 สัปดาห์หรือ 11-12 เดือน
	2	มีการจัดทำสถานการณ์โรคและเผยแพร่ 25- 48 สัปดาห์หรือ 6-10 เดือน
	1	มีการจัดทำสถานการณ์โรคและเผยแพร่ 1- 24 สัปดาห์ หรือ 1-5 เดือน
	0	ไม่มีการจัดทำสถานการณ์โรคและเผยแพร่
1.6 มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค		มีข้อเสนอแนะเตือนภัยและข้อมูลสถานการณ์โรคที่ตรวจสอบในรายงานเฝ้าระวัง จำนวน
	3	49-52 สัปดาห์ หรือ 11-12 เดือน
	2	25- 48 สัปดาห์ หรือ 6-10 เดือน
	1	1- 24 สัปดาห์ หรือ 1-5 เดือน
	0	ไม่มีข้อเสนอแนะเตือนภัยและข้อมูลสถานการณ์โรคที่ตรวจสอบในรายงาน
2. เกณฑ์การสอบสวนโรค		
2.1 มีความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและสอบสวนการระบาด	3	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน $\geq$ ร้อยละ 80
	2	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 60 – 79
	1	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 50 – 59
	0	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน $<$ ร้อยละ 50
2.2 มีความทันเวลาของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและสอบสวนการระบาด	3	มีการสอบสวนโรคทันเวลา $\geq$ ร้อยละ 80
	2	มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 60 – 79
	1	มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 50 – 59
	0	มีการสอบสวนโรคทันเวลา $<$ ร้อยละ 50

ตัวชี้วัด	วิธีคิดคะแนน	
2.3 มีความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด	3	ได้รับแจ้งข่าวการระบาดทันเวลา $\geq$ ร้อยละ 80
	2	ได้รับแจ้งข่าวการระบาดทันเวลา ร้อยละ 60 – 79
	1	ได้รับแจ้งข่าวการระบาดทันเวลา ร้อยละ 50 – 59
	0	ได้รับแจ้งข่าวการระบาดทันเวลา $<$ ร้อยละ 50
2.4 มีการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ	3	มีการสอบสวนโรคที่ครบตามเงื่อนไข $\geq$ ร้อยละ 50
	2	มีการสอบสวนโรคที่ครบตามเงื่อนไข ร้อยละ 35 – 49
	1	มีการสอบสวนโรคที่ครบตามเงื่อนไข ร้อยละ 20 – 34
	0	มีการสอบสวนโรคที่ครบตามเงื่อนไข $<$ ร้อยละ 20
2.5 มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพและนำเสนอผลงาน	3	มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 2 เรื่องและนำเสนอผลงาน
	2	มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่องและนำเสนอผลงาน
	1	มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่อง
	0	ไม่มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ
3. เกณฑ์การพัฒนาเครือข่าย		
3.1 หน่วยงานในเครือข่ายที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน	3	หน่วยงานที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80
	2	หน่วยงานที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 – 79
	1	หน่วยงานที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40 – 59
	0	หน่วยงานที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์ $<$ ร้อยละ 40
3.2 หน่วยงานในเครือข่ายที่ไม่ผ่านเกณฑ์และสามารถพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ได้	3	หน่วยงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาแต่ผ่านเกณฑ์ในปี $\geq$ ร้อยละ 80
	2	หน่วยงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาแต่ผ่านเกณฑ์ในปี ร้อยละ 60-79
	1	หน่วยงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาแต่ผ่านเกณฑ์ในปี ร้อยละ 40-59
	0	หน่วยงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาแต่ผ่านเกณฑ์ในปี $<$ ร้อยละ 40
3.3 หน่วยงานในเครือข่ายที่เคยผ่านเกณฑ์แล้วยังรักษามาตรฐานไว้ได้	3	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาและผ่านเกณฑ์ในปี $\geq$ ร้อยละ 80
	2	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาและผ่านเกณฑ์ในปี ร้อยละ 60-79
	1	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาและผ่านเกณฑ์ในปี ร้อยละ 40-59
	0	หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ในปีที่ผ่านมาและผ่านเกณฑ์ในปี $<$ ร้อยละ 40

เกณฑ์การคิดคะแนนรวมเพื่อประเมินคุณภาพ

เมื่อตรวจสอบครบทุกตัวชี้วัดที่จะต้องประเมินที่หน่วยงานนั้นๆ แล้ว ให้รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดแล้วคิดเป็นร้อยละจากคะแนนเต็มที่รวมมาจากจำนวนตัวชี้วัดที่ประเมิน จะทำให้ทราบว่าผลการประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาของหน่วยงานที่ได้รับการประเมินอยู่ในระดับคุณภาพใด

ระดับคุณภาพ	ร้อยละ
ดีมาก	80-100
ดี	60-79
พอใช้	40-59
ต้องปรับปรุง	0-39

เช่น ประเมินที่ระดับโรงพยาบาล ได้คะแนนรวม 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนของ 10 ตัวชี้วัดที่ประเมิน คิดเป็นร้อยละ 73.33 จัดอยู่ในระดับดี

ตัวชี้วัดที่ 52/-/-	มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง												
หน่วยวัด	ขั้นตอน												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวก รวดเร็วในภาวะฉุกเฉินในที่นั้นนอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้วยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ ทีมปฏิบัติการ/ส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) หมายถึง ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ												
เป้าหมาย	5 ขั้นตอน												
วิธีการประเมิน	พิจารณาจากขั้นตอนที่ดำเนินการได้												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อย 3 คน และภาวะฉุกเฉิน 5 คน)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีการซ้อมแผนหรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร	2	มีทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	3	มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อย 3 คน และภาวะฉุกเฉิน 5 คน)	4	มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด	5	มีการซ้อมแผนหรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร												
2	มีทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข												
3	มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อย 3 คน และภาวะฉุกเฉิน 5 คน)												
4	มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด												
5	มีการซ้อมแผนหรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	หน่วย วัด	2559		
			2559	2560	2561
		ร้อยละ	100	100	100
เอกสารอ้างอิง	1) รายชื่อ นพ.สสจ. หรือ รองนพ.สสจ. ที่รับผิดชอบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านการฝึกอบรม ICS สำหรับผู้บริหาร(จำนวน 9 ชั่วโมง จัดโดยกรมควบคุมโรค) อย่างน้อย 2 คน 2) รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, miniMERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ 3) - รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะปกติประจำเดือน/ปีงบประมาณ 2562 - รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2562 โดยชื่อไม่ซ้ำกับ SAT ภาวะปกติ - รายงาน Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ - รายงาน Spot Report ตามเงื่อนไขและเวลาที่กำหนด - รายชื่อทีมปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อยร้อยละ 50 ผ่านการฝึกอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน 4) รายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ตาม template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด 5) รายงาน Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หรือซ้อมแผน โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง				
ผู้รับผิดชอบ	นายสุรัชย์ กิจติกา	โทร. 08-9943-0909			
	งานจัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 53/38/-	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ใน Generation ที่ 2												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease; EID) หมายถึงโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ เชื้อก่อโรคที่ดื้อยาต้านจุลชีพ ที่สำคัญได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS), โรคไข้หวัดนก, โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา, โรคติดเชื้อไวรัสซิกา, โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เป็นต้น การประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค โดยจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนแนวทางการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง จากสถิติการเกิดโรคที่ผ่านมาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความเสี่ยงในประเทศไทยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ 1. โรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 (2009) โรคลีเจียนเนร์ โรคไข้วัดข่อยงลาย โรคบรูเซลโลซิส โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นต้น 2. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจแพร่มาจากต่างประเทศ เช่นโรคไข้เหลือง ลิซมาเนีย โรคติดเชื้อไวรัสฮิบาห์ โรคไข้เวโนล โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา โรคติดเชื้อไวรัสมาลาเรีย และโรคติดเชื้อที่ใช้เป็นอาวุธชีวภาพ เช่น โรคแอนแทรกซ์, โรคไข้ทรพิษ, โรคกาฬโรค เป็นต้น 3. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น โรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนก และโรคที่เกิดจากเชื้อดื้อยาชนิดใหม่ เป็นต้น												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 9 อำเภอ ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80												
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยทีมจังหวัด												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด	ร้อยละ คปสอ.สามารถดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาไม่ให้เกิด Generation ที่ 2												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ และ/หรือ จำนวนอำเภอสามารถควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาไม่ให้เกิด Generation ที่ 2												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 5 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 6 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 7 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 8 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 ทั้ง 9 อำเภอ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 5 อำเภอ	2	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 6 อำเภอ	3	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 7 อำเภอ	4	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 8 อำเภอ	5	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 ทั้ง 9 อำเภอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 5 อำเภอ												
2	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 6 อำเภอ												
3	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 7 อำเภอ												
4	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 อย่างน้อย 8 อำเภอ												
5	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 ทั้ง 9 อำเภอ												

ระดับ คปสอ.					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง ผังการประสานงานทั้งในและนอกองค์กร และรายงานการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่			
	2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ (หรือคำสั่งการปฏิบัติงานที่มีเนื้อหาครอบคลุม) ในระดับอำเภอ/ตำบล			
	3	มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประสานงานกับภาคีเครือข่ายและ SRRT ที่ตอบโต้เหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ได้			
	4	มีโครงการและดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือคาดการณ์ว่าจะเกิดในพื้นที่ อย่างน้อย 1 เรื่อง			
	5	มีรายงานและสรุปผลงานการประเมินสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่และรายงานการประเมินความเสี่ยงของตาม Template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2559	2560
	จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด		ร้อยละ	100	100
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	5	5	100
	2	ท่าบ่อ	5	5	100
	3	โพนพิสัย	5	5	100
	4	ศรีเชียงใหม่	5	3	60
	5	สังคม	5	5	100
	6	สระใคร	5	2	40
	7	เผ่าไร่	5	5	100
	8	รัตนวาปี	5	5	100
	9	โพธิ์ตาก	5	3	60
		รวม	9 อำเภอ	6 อำเภอ	66.67
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลรายงาน 506 (โรคติดต่ออุบัติใหม่) 2. แผนผังการประสาน/ระบบเฝ้าระวัง รายงานการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และทะเบียนการแจ้งเตือนภัย การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 3. คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่/รายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) หรือใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านหลักสูตรโครงการพัฒนาศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) 4. โครงการและรายงานผลการดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือความสนใจของพื้นที่ 5. รายงานการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดใน Generation ที่ 2 6. แบบรายงานและสรุปผลงานการประเมินสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่และรายงานการประเมินความเสี่ยงของตาม Template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด				

ผู้รับผิดชอบ	นายสุรัชย์ กิจติกาล	โทร. 08 9943 0909
	งานจัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 136

การดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่” จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2562

เป้าหมาย : ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือไม่มีการระบาดของโรค ใน Generation ที่ 2

โดยกำหนดขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงานดังนี้

ระดับความสำเร็จ	ประเด็นการประเมิน	วัตถุประสงค์	เอกสารอ้างอิง/แนวทางปฏิบัติ
1	มีฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง ผังการประสานงานทั้งในและนอกองค์กร และรายงานการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่	คปสอ. มีฐานข้อมูล แผนผังหรือรายละเอียดการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในการควบคุมป้องกันโรค พร้อมกับการรายงานการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ในรูปแบบหนังสือราชการหรือจดหมายข่าว ฯลฯ แก่ปช. หรือหน่วยงานในพื้นที่	1) ผังการประสานเครือข่าย/ระบบเฝ้าระวัง 2) ทะเบียนหรือหนังสือราชการหรือจดหมายข่าวการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่ 3) ฐานข้อมูล R506 อำเภอ
2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ (หรือคำสั่งการปฏิบัติงานที่มีเนื้อหาครอบคลุม) ในระดับอำเภอ/ตำบล	การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในรูปแบบคณะกรรมการที่แบ่งภารกิจได้ชัดเจน ภายใต้ระบบบัญชาเหตุการณ์ที่เป็นระบบ	1) คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือคำสั่งฯ อื่นที่กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการสั่งการควบคุมสอบสวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับอำเภอ
3	มีทีมตระหนักรู้อาการการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประสานงานกับภาคีเครือข่ายและ SRRT ที่ตอบโต้เหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ได้	มีทีมผู้ปฏิบัติงานที่สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติด้านโรคติดต่อหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่เพื่อควบคุมป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในระดับพื้นที่ 2 ได้	1) รายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้อาการการณ์ (SAT) 2) (ตัวอย่าง) รายงานผลการสอบสวนโรคติดต่อหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ในระดับคปสอ.หรือในรพ.สต. 3) สรุปผลการปฏิบัติงานของทีม SAT ในการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อของพื้นที่
4	มีโครงการและดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหา/สนใจของพื้นที่ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	1) สร้างโอกาสการเรียนรู้ทราบข้อบกพร่องของทีม 2) การประสานงานในหน่วยงานที่มีศักยภาพ การสื่อสารดีขึ้น 3) ทราบถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน 4) ทบทวนองค์ความรู้ ทักษะการทำงาน	1) โครงการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือความสนใจของพื้นที่ (ระดับอำเภอ) 2) รายงานผลการดำเนินการซ้อมแผน
5	มีรายงานและสรุปผลงานการประเมินสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่และรายงานการประเมินความเสี่ยงของตาม Template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	ทบทวนและจัดลำดับความสำคัญของโรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่ หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ได้	รายงานและสรุปผลงานการประเมินสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่และรายงานการประเมินความเสี่ยงของตาม Template ที่กรมควบคุมโรคกำหนด

ตัวชี้วัดที่ 54/39/19	54.1 อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 54.2 อัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปี 2562
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 2.1 ใหม่เสมอพบเชื้อ (New M+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear พบเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง 2.2 ใหม่เสมอไม่พบเชื้อ (New M-) หมายถึง 2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด 2.2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ผล Xpert พบเชื้อวัณโรค หรือ Culture หรือ วิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M.tuberculosis ได้ 2.3 ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ (New Smear not done) หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มีอาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้ หรือไม่มีการตรวจเสมหะ หรือในผู้ป่วย เด็กเล็กที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้ 2.4 ใหม่วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด 3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกและได้รับการประเมินในการรักษาครั้งล่าสุดว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้ว แต่กลับมาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคอีก 4. การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคทุกคนในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา (ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อ) 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย 3) แรงงานต่างชาติ 4) ผู้สูงอายุและพระภิกษุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรคเกี่ยวกับปอด และเคยรักษาวัณโรค 5) ผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยที่ กลุ่มที่ 1)-3) ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค (AFB) ทุกราย และ กลุ่มที่ 4) และ 5) ได้รับการคัดกรองโดยการซักประวัติตามแบบคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค ที่มีคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป ต้องได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค (AFB)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 2) อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ : ตามคำอธิบายข้อ 4. การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม													
เป้าหมาย	1. อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 85 2. อัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปี 2562 มากกว่า ร้อยละ 82.5 ของเป้าหมาย													
วิธีการประเมิน	รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม TBCM online)													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561– กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2562													
ระดับจังหวัด/คปสอ.	1. อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่													
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ													
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้													
สูตรคำนวณ	A / B X 100													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 81</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 82</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 83</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 84</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 85</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 81	2	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 82	3	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 83	4	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 84	5	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 85
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 81													
2	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 82													
3	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 83													
4	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 84													
5	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 85													
ระดับจังหวัด/คปสอ.	2. อัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปี 2562													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในรอบไตรมาส													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเป้าหมายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2562													
สูตรคำนวณ	A / B X 100													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 72.5</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 77.5</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 82.5</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 72.5	2	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 75	3	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 77.5	4	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 80	5	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 82.5
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 72.5													
2	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 75													
3	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 77.5													
4	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 80													
5	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน ร้อยละ 82.5													

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
				2559	2560	2561																																																												
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่		ร้อยละ	73.59	78.44	82.35																																																												
	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน		ร้อยละ	-	-	64.58																																																												
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561																																																																		
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>37</td><td>27</td><td>73.00</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>20</td><td>17</td><td>85.00</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>18</td><td>15</td><td>83.30</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>10</td><td>9</td><td>90.00</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>3</td><td>3</td><td>100.00</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>4</td><td>4</td><td>92.31</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>13</td><td>11</td><td>91.70</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>8</td><td>7</td><td>87.50</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>2</td><td>1</td><td>50.00</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>4</td><td>4</td><td>100.00</td></tr><tr><td colspan="2">รวม</td><td>119</td><td>98</td><td>82.35</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	37	27	73.00	2	ท่าบ่อ	20	17	85.00	3	โพนพิสัย	18	15	83.30	4	ศรีเชียงใหม่	10	9	90.00	5	สังคม	3	3	100.00	6	สระใคร	4	4	92.31	7	เผ่าไร่	13	11	91.70	8	รัตนวาปี	8	7	87.50	9	โพธิ์ตาก	2	1	50.00	10	พิสัยเวหา	4	4	100.00	รวม		119	98	82.35
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																														
1	หนองคาย	37	27	73.00																																																														
2	ท่าบ่อ	20	17	85.00																																																														
3	โพนพิสัย	18	15	83.30																																																														
4	ศรีเชียงใหม่	10	9	90.00																																																														
5	สังคม	3	3	100.00																																																														
6	สระใคร	4	4	92.31																																																														
7	เผ่าไร่	13	11	91.70																																																														
8	รัตนวาปี	8	7	87.50																																																														
9	โพธิ์ตาก	2	1	50.00																																																														
10	พิสัยเวหา	4	4	100.00																																																														
รวม		119	98	82.35																																																														
ผลการค้นพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ปี 2561 และเป้าหมาย ปี 2562 แยกรายอำเภอ (156 ต่อ ประชากรแสนคน)																																																																		
<table><tr><td>อำเภอ</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td><td>เป้าหมาย</td></tr><tr><td>เมืองหนองคาย</td><td>258</td><td>257</td><td>99.61</td><td>235</td></tr><tr><td>ท่าบ่อ</td><td>143</td><td>108</td><td>75.52</td><td>130</td></tr><tr><td>โพนพิสัย</td><td>138</td><td>65</td><td>47.10</td><td>130</td></tr><tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>53</td><td>32</td><td>60.38</td><td>48</td></tr><tr><td>สังคม</td><td>43</td><td>10</td><td>23.26</td><td>40</td></tr><tr><td>สระใคร</td><td>46</td><td>16</td><td>34.78</td><td>42</td></tr><tr><td>เผ่าไร่</td><td>90</td><td>45</td><td>50.00</td><td>82</td></tr><tr><td>รัตนวาปี</td><td>67</td><td>22</td><td>32.84</td><td>60</td></tr><tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>26</td><td>7</td><td>26.92</td><td>24</td></tr><tr><td>พิสัยเวหา</td><td>31</td><td>16</td><td>51.61</td><td>25</td></tr><tr><td>รวม</td><td>895</td><td>578</td><td>64.58</td><td>816</td></tr></table>							อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	เมืองหนองคาย	258	257	99.61	235	ท่าบ่อ	143	108	75.52	130	โพนพิสัย	138	65	47.10	130	ศรีเชียงใหม่	53	32	60.38	48	สังคม	43	10	23.26	40	สระใคร	46	16	34.78	42	เผ่าไร่	90	45	50.00	82	รัตนวาปี	67	22	32.84	60	โพธิ์ตาก	26	7	26.92	24	พิสัยเวหา	31	16	51.61	25	รวม	895	578	64.58	816
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย																																																														
เมืองหนองคาย	258	257	99.61	235																																																														
ท่าบ่อ	143	108	75.52	130																																																														
โพนพิสัย	138	65	47.10	130																																																														
ศรีเชียงใหม่	53	32	60.38	48																																																														
สังคม	43	10	23.26	40																																																														
สระใคร	46	16	34.78	42																																																														
เผ่าไร่	90	45	50.00	82																																																														
รัตนวาปี	67	22	32.84	60																																																														
โพธิ์ตาก	26	7	26.92	24																																																														
พิสัยเวหา	31	16	51.61	25																																																														
รวม	895	578	64.58	816																																																														
เอกสารอ้างอิง	- ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค - โปรแกรม TBCM online																																																																	
ผู้รับผิดชอบ	1. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 086-630-9111																																																															
	2. นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115																																																															
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 42421 438 ต่อ 136																																																															

ตัวชี้วัดที่ 55/40/20	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีผล Smear เป็นพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา 2. การกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.เป็นผู้กำกับการกินยาผู้ป่วยต่อหน้าทุกวัน												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีผล Smear เป็นพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา												
เป้าหมาย	ร้อยละ 80												
วิธีการประเมิน	1. รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม TBCM online) 2. การสุ่มติดตามการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. 2.1 สุ่มจากผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาวัณโรค ไม่เกิน 2 เดือน จำนวนอย่างน้อย 2 ราย 2.2 ผู้ป่วยมีเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. กำกับดูแลการกินยาต่อหน้าทุกวัน 2.3 มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยและมีการบันทึกการกำกับการกินยา เป็นปัจจุบัน 2.4 มีการจัดยาให้ผู้ป่วยแบบซองละ 1 วัน และนับ/ตรวจสอบยาที่เหลือ 2.5 สอบถาม/ทดสอบ สปีชีสภาวะผู้ป่วย												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562												
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.												
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน												
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 80</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 60	2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 65	3	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 70	4	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 75	5	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 60												
2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 65												
3	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 70												
4	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 75												
5	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 80												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.		ร้อยละ	17.30	9.46	91.27
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	81	78	96.30	
	2	ท่าบ่อ	40	36	90.00	
	3	โพนพิสัย	45	44	97.78	
	4	ศรีเชียงใหม่	15	12	80.00	
	5	สังคม	6	5	83.33	
	6	สระใคร	13	12	92.31	
	7	เผ่าไร่	37	31	83.78	
	8	รัตนวาปี	16	13	81.25	
	9	โพธิ์ตาก	8	7	87.50	
	10	พิสัยเวหา	14	13	92.86	
		รวม	275	251	91.27	
เอกสารอ้างอิง	- ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค - โปรแกรม TBCM online					
ผู้รับผิดชอบ	1. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 086-630-9111			
	2. นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115			
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 42421 438 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 56/41/-	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) รวมถึงสาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิง(FSW) และชาย (MSW) 2. บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับการป้องกัน โดยกลุ่มประชากร เป้าหมาย ได้รับการ ทั้ง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI 2) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น (สำหรับ MSM, SW) 3) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี, STI 4) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC (Unique Identifier Code) ยกเว้น ต่างชาติ <u>ทั้งนี้มีรูปแบบการจัด/ให้บริการ ดังนี้</u> ก. การให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach) (2) เครือข่ายเพื่อน (3) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media) (4) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจาก หน่วยบริการ ข. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่นับรวม บริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1) ข้อ 3) และ ข้อ 4) เท่านั้น ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม 3. จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในอำเภอ หมายถึง ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึง บริการป้องกันเชิงรุกของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคน ที่เข้าถึงบริการป้องกัน เชิงรุก ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/MSM +สาวประเภทสอง /TG + กลุ่มพนักงาน บริการ/SW ทั้งหญิงและชาย) 4. แหล่งที่มาในการคำนวณการคาดประมาณประชากรแต่ละกลุ่ม ได้แก่ - กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) คาดประมาณจากฐาน ประชากรชายอายุ 15-59 ปี (โดยใช้ฐานข้อมูลประชากร ปี 2560) ซึ่งคำนวณจากร้อยละ 3 ของประชากรชายอายุ 15-59 ปี เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), สาวประเภทสอง (TG) และ ร้อยละ 30 ของประชากรกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (แหล่งที่มาจากการศึกษาวิจัย จากการสำรวจการเฝ้าระวัง พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มทหารเกณฑ์, กลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย ของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค) - กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิง(FSW) และชาย (MSW) คาดประมาณจากค่า $K = \text{Under Report} \Rightarrow 1.8 \times \text{ค่าเฉลี่ยข้อมูลการสำรวจแหล่งบริการ 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2557-2561)}$
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) รวมถึงสาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิง(FSW) และชาย (MSW)
เป้าหมาย	รอบที่ 1 : ร้อยละ 45 รอบที่ 2 : ร้อยละ 90
วิธีการประเมิน	จากระบบรายงานข้อมูล RTCM+ ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ ระบบ RTCM+ Online

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : เดือนตุลาคม 2561 - มกราคม 2562 รอบที่ 2 : เดือนตุลาคม 2561 - กรกฎาคม 2562							
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละ 90							
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในอำเภอ							
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณในพื้นที่ หมายเหตุ : จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลักให้รวมจำนวนคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่ม							
สูตรคำนวณ	A / B X 100							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก			ร้อยละ 25	ร้อยละ 50		
	2	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก			ร้อยละ 30	ร้อยละ 60		
	3	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก			ร้อยละ 35	ร้อยละ 70		
	4	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก			ร้อยละ 40	ร้อยละ 80		
	5	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก			ร้อยละ 45	ร้อยละ 90		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
					2559	2560	2561	
	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก			ร้อยละ	-	22.75	93.12	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561							
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมายปี 2562		
						MSM/TG	FSW	รวมประชากรหลัก
	1	หนองคาย	462	462	100	460		460
	2	ท่าบ่อ	256	229	89.45	255		255
	3	โพนพิสัย	365	365	100	283		283
	4	ศรีเชียงใหม่	94	94	100	25		25
	5	สังคม	78	68	87.18	93		93
	6	สระใคร	87	87	100	79		79
	7	เผ่าไร่	165	96	58.18	87		87
	8	รัตนวาปี	120	109	90.83	164		164
	9	โพธิ์ตาก	48	48	100	120		120
	10	พิสัยเวหา	25	25	100	48		48
		รวม	1,700	1,583	93.12	1,614	รอข้อมูลสำรวจสถานบริการ (ม.ค.-ก.พ. 62)	1,614
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจากระบบรายงาน RTCM+ Online ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบรายงานข้อมูล RTCM+ (Real Time Cohort Monitoring)							

ผู้รับผิดชอบ	1. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์มือถือ 086-630-9111
	2. นางสาวนิศาชล เสนาคำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์มือถือ 087-771-5515
	งานป้องกันควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 57/42/21	ดัชนีความชุกกลุณน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด 57.1 ร้อยละ 92 ของชุมชน/หมู่บ้านทั้งหมด ที่มีค่า HI ≤ 10 57.2 ร้อยละ 100 ของโรงเรียน, วัด, ศพด. ทั้งหมด ที่มีค่า CI = 0 57.3 ร้อยละ 100 ของ รพ.ของรัฐทั้งหมด ที่มีค่า CI = 0	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน ได้ดำเนินการลดศักยภาพการแพร่กระจายโรคไข้เลือดออก โดยการลดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ค่า HI หมายถึง ร้อยละหลังคาเรือน/ชุมชน/หมู่บ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ค่า CI หมายถึง ร้อยละภาชนะที่มีน้ำขังที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย รพ.ของรัฐ หมายถึง รพท., รพช., รพ.สต., รพ.พิสัยเวช	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. จำนวนชุมชน/หมู่บ้านทั้งหมด 2. จำนวนโรงเรียน, วัด, ศพด. ทั้งหมด 3. จำนวน รพ.ของรัฐทั้งหมด	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. 1. จำนวนชุมชน/หมู่บ้านทั้งหมด ที่มีค่า HI ≤ 10 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92 2. จำนวนโรงเรียน, วัด, ศพด. ทั้งหมด ที่มีค่า CI = 0 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 3. จำนวน รพ.ของรัฐทั้งหมด ที่มีค่า CI = 0 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน คปสอ.	
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2562	
รายการข้อมูล 1	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน A : จำนวนชุมชน/หมู่บ้านที่มีค่า HI ≤ 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. ระดับ จังหวัด/คปสอ. E1 : จำนวนที่มีค่า รพท./รพช./รพ.สต. CI = 0 F1 : จำนวน รพท./รพช./รพ.สต. ที่สำรวจทั้งหมด	ระดับ รพ./รพ.สต./รพ.พิสัยเวช E2 : จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย F2 : 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. ระดับ จังหวัด/คปสอ. = $(E1/F1) \times 100$ ระดับ รพ./รพ.สต./รพ.พิสัยเวช = $(E2/F2) \times 100$	

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด / คปสอ./รพสต.	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 84				
	2	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 86				
	3	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 88				
	4	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 90				
	5	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 92				
	ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด.					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	โรงเรียน, วัด, ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 92				
	2	โรงเรียน, วัด, ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 94				
	3	โรงเรียน, วัด, ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 96				
	4	โรงเรียน, วัด, ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 98				
	5	โรงเรียน, วัด, ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 100				
	ค่า CI ในรพท./รพช./รพสต.					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 92				
	2	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 94				
	3	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 96				
	4	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 98				
	5	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 100				
	ค่า CI ใน รพ./รพ.สต./รพ.พิสัยเวช					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	0	รพ./รพ.สต./รพ.พิสัยเวช มีค่า CI > 0				
	5	รพ./รพ.สต./รพ.พิสัยเวช มีค่า CI = 0				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ค่า HI (บ้าน)	ร้อยละ		93.62	95.68	96.40
	ค่า CI (ร.ร.,วัด,ศพด.)	ร้อยละ		100	100	100
	ค่า CI (รพท.,รพช.,รพสต.)	ร้อยละ		100	100	100
เอกสารอ้างอิง	1. แผนปฏิบัติงานสำรวจความชุกชุมลูกน้ำยุงลายระดับอำเภอ/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. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ					
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย			โทร. 08 1999 1702		
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 58/43/-	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีปัจจุบัน ลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 จากอัตราป่วยของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ของจังหวัด					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด/อำเภอ					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ของจังหวัด					
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน คปสอ.					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2562 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ รอบที่ 2 : ข้อมูลเดือน มกราคม-กรกฎาคม 2562 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม					
ระดับจังหวัด/คปสอ.						
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2562 B : จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ปี 2562 C : จำนวนประชากรของจังหวัด/อำเภอ ทั้งหมด					
รายการข้อมูล 2	D : อัตราป่วยลดลง E : อัตราป่วยค่ามัธยฐานปี 2557-2561 A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2562					
สูตรคำนวณ	A = (B/C) $\times$ 100,000 D = (E-A)/E $\times$ 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -20				
	2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ -10				
	3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0				
	4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10				
	5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
5	/	/	/	/	/	

	ขั้นตอน/รายละเอียด มีดังนี้																											
	<table><tr><th>ขั้นตอนที่</th><th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th></tr><tr><td>1</td><td>1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ 1.2 มีการจัดทำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและพื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออก 1.3 มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 1.4 มีทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก</td></tr><tr><td>2</td><td>2.1 มีการแจ้ง/รายงานทีมควบคุมโรค ออกดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง 2.2 มีรายงานสอบสวนโรค</td></tr><tr><td>3</td><td>3.1 บุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประชุม/อบรมฟื้นฟูความรู้ป้องกันควบคุม และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก 3.2 มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3.3 มีรายงานการประชุม CUP ช่วงเดือนเมษายน-กันยายน ที่มีวาระการประชุมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก</td></tr><tr><td>4</td><td>4.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออก ให้สามารถดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้ 4.2 ทุกหน่วยบริการจัดตั้ง Dengue Corner เพื่อคัดกรองดูแลผู้ป่วย 4.3 ทีม คปสอ.นิเทศการดำเนินงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทุก รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอ 4.4 แพทย์จบใหม่ทุกคน ได้รับการพัฒนาศักยภาพการวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 4.5 มีการจัด Dead Case Conference กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิต</td></tr><tr><td>5</td><td>5.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานของจังหวัด $\geq$ร้อยละ 20</td></tr></table>					ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ 1.2 มีการจัดทำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและพื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออก 1.3 มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 1.4 มีทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	2	2.1 มีการแจ้ง/รายงานทีมควบคุมโรค ออกดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง 2.2 มีรายงานสอบสวนโรค	3	3.1 บุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประชุม/อบรมฟื้นฟูความรู้ป้องกันควบคุม และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก 3.2 มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3.3 มีรายงานการประชุม CUP ช่วงเดือนเมษายน-กันยายน ที่มีวาระการประชุมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	4	4.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออก ให้สามารถดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้ 4.2 ทุกหน่วยบริการจัดตั้ง Dengue Corner เพื่อคัดกรองดูแลผู้ป่วย 4.3 ทีม คปสอ.นิเทศการดำเนินงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทุก รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอ 4.4 แพทย์จบใหม่ทุกคน ได้รับการพัฒนาศักยภาพการวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 4.5 มีการจัด Dead Case Conference กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิต	5	5.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานของจังหวัด $\geq$ ร้อยละ 20											
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน																										
	1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ 1.2 มีการจัดทำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและพื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออก 1.3 มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 1.4 มีทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก																										
	2	2.1 มีการแจ้ง/รายงานทีมควบคุมโรค ออกดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง 2.2 มีรายงานสอบสวนโรค																										
	3	3.1 บุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประชุม/อบรมฟื้นฟูความรู้ป้องกันควบคุม และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก 3.2 มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3.3 มีรายงานการประชุม CUP ช่วงเดือนเมษายน-กันยายน ที่มีวาระการประชุมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก																										
	4	4.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออก ให้สามารถดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้ 4.2 ทุกหน่วยบริการจัดตั้ง Dengue Corner เพื่อคัดกรองดูแลผู้ป่วย 4.3 ทีม คปสอ.นิเทศการดำเนินงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทุก รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอ 4.4 แพทย์จบใหม่ทุกคน ได้รับการพัฒนาศักยภาพการวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 4.5 มีการจัด Dead Case Conference กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิต																										
	5	5.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานของจังหวัด $\geq$ ร้อยละ 20																										
	รอบที่ 1																											
	1. ประเมินขั้นตอนที่ 1 และ 2 (คะแนนเต็ม 2)																											
รอบที่ 2																												
1. ประเมินขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4, 5 (คะแนนเต็ม 5)																												
2. ขั้นตอนใดที่ประเมินไม่ผ่าน จะไม่ประเมินขั้นตอนต่อไป																												
ข้อมูลพื้นฐาน																												
<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr><tr><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง</td><td>ร้อยละ</td><td>ลด 21.8</td><td>ลด 34.4</td><td>ลด 41.1</td></tr><tr><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก</td><td>ต่อ ปชก.แสนคน</td><td>35.17</td><td>31.52</td><td>26.63</td></tr><tr><td>ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง</td><td>ต่อ ปชก.แสนคน</td><td>45.04</td><td>48.04</td><td>49.05</td></tr></table>						ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	ลด 21.8	ลด 34.4	ลด 41.1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ต่อ ปชก.แสนคน	35.17	31.52	26.63	ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ต่อ ปชก.แสนคน	45.04	48.04	49.05
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2559	2560	2561																								
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	ลด 21.8	ลด 34.4	ลด 41.1																								
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ต่อ ปชก.แสนคน	35.17	31.52	26.63																								
ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ต่อ ปชก.แสนคน	45.04	48.04	49.05																								

	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดหนองคาย ปี 2561 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง			
	อำเภอ	อัตราป่วย ปี 2561	ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	อัตราป่วย +เพิ่ม/-ลด
	1. เมือง	37.84	35.85	+ 19.3
	2. ท่าบ่อ	16.85	40.93	- 142.9
	3. โพนพิสัย	16.19	30.35	- 75
	4. ศรีเชียงใหม่	12.94	16.18	- 25
	5. สังคม	15.81	19.77	- 25
	6. สระใคร	29.87	41.07	- 25
	7. เฝ้าไร่	59.33	84.21	- 32.3
	8. รัตนวาปี	10.32	38.69	- 250
	9. โพธิ์ตาก	6.52	6.52	0
	จังหวัดหนองคาย	26.63	49.05 (ม.ค.-ต.ค.)	- 41.1
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล/อำเภอ 3. ข้อมูลสถานการณ์ไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 5 ปีย้อนหลัง พร้อม mapping ผู้ป่วย ไข้เลือดออก/การประเมินตำบลเสี่ยงสูงโรคไข้เลือดออก 4. หลักฐานการจัดการประชุมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการ สาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามคู่มือแนวทางการวินิจฉัยและ รักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ของกระทรวงสาธารณสุข (จัดโดย CUP เอง) 5. รายงานการประเมินไข้วของทีมประเมินระดับอำเภอ เรื่อง การจัดตั้ง Dengue corner ใน รพท., รพช., รพ.สต. และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. 6. การพัฒนาศักยภาพแพทย์จบใหม่ในการวินิจฉัยรักษาโรคไข้เลือดออก โดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ 7. ทะเบียนการรับ/แจ้ง/รายงานให้ทีม SRRT ออกดำเนินการสอบสวน ป้องกันและควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง 8. รายงานการสอบสวนโรครายแรกของหมู่บ้าน หรือ เหตุการณ์ ทุกราย 9. ระเบียนผู้ป่วยนอก ระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 10. บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย/การส่งต่อผู้ป่วย 11. รายงานการประชุม CUP ช่วงเดือนเมษายน - กันยายน ที่มีวาระการประชุมเกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก			
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 59/44/-	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	1. เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2. ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS)																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด/อำเภอ																																		
เป้าหมาย	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13																																		
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																																		
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2562																																		
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2562																																		
ระดับจังหวัด/คปสอ.																																			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.03</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.03</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.73</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.43</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.13</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.03				2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.03				3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.73				4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.43				5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.13			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.03																																		
2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.03																																		
3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.73																																		
4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.43																																		
5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.13																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2559</td><td>2560</td><td>2561</td></tr><tr><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ 0.13</td><td>ร้อยละ</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ 0.13	ร้อยละ	0	0	0																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2559	2560	2561																															
อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ 0.13	ร้อยละ	0	0	0																															
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอ 2. ทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. รายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วย																																		
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุญพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702																																
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136																																

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ได้แก่ รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ, รพ.โพนพิสัย, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สังคม, รพ.สระใคร และ รพ.พิสัยเวช - สถานพยาบาลเปิดใหม่มีคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ชั้น ได้แก่ รพ.เผ่าไร่, รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก																			
เป้าหมาย	<table><tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th></tr><tr><td>70%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>HA1=33.33% (รพ.เผ่าไร่)</td><td>HA1=1 (รพ.เผ่าไร่) HA=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) 100%</td><td>HA1=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) HA2=1 (รพ.เผ่าไร่) 100%</td><td>HA2=2 (รัตนวาปี/ โพธิ์ตาก) HA3=70%</td><td>HA3=100%</td></tr></table>					ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	70%	100%	100%	100%	100%	HA1=33.33% (รพ.เผ่าไร่)	HA1=1 (รพ.เผ่าไร่) HA=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) 100%	HA1=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) HA2=1 (รพ.เผ่าไร่) 100%	HA2=2 (รัตนวาปี/ โพธิ์ตาก) HA3=70%	HA3=100%
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																
70%	100%	100%	100%	100%																
HA1=33.33% (รพ.เผ่าไร่)	HA1=1 (รพ.เผ่าไร่) HA=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) 100%	HA1=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) HA2=1 (รพ.เผ่าไร่) 100%	HA2=2 (รัตนวาปี/ โพธิ์ตาก) HA3=70%	HA3=100%																
วิธีการประเมิน	ผลจาก ส.ร.พ. (6 แห่ง) และ 3 แห่งใหม่ โดยทีมจังหวัด																			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตัดฐานคะแนน รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																			
ระดับจังหวัด																				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ชั้น และ ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3																			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด																			
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 60%</td></tr><tr><td>2</td><td>ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 70%</td></tr><tr><td>3</td><td>ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 80%</td></tr><tr><td>4</td><td>ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 90%</td></tr><tr><td>5</td><td>ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 100%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 60%	2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 70%	3	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 80%	4	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 90%	5	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 100%			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																			
1	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 60%																			
2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 70%																			
3	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 80%																			
4	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 90%																			
5	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 100%																			
ระดับ คปสอ. 9 แห่ง รอบที่ 1/2562	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1</th></tr><tr><td>1</td><td>ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 1 ข้อ</td></tr><tr><td>2</td><td>ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 2 ข้อ</td></tr><tr><td>3</td><td>ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 3 ข้อ</td></tr><tr><td>4</td><td>ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 4 ข้อ</td></tr><tr><td>5</td><td>ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 5 ข้อ</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1	1	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 1 ข้อ	2	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 2 ข้อ	3	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 3 ข้อ	4	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 4 ข้อ	5	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 5 ข้อ			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1																			
1	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 1 ข้อ																			
2	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 2 ข้อ																			
3	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 3 ข้อ																			
4	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 4 ข้อ																			
5	ผลการงาน RM ผ่านตัวชี้วัด 5 ข้อ																			
ระดับ คปสอ. ประเมิน HA3 6 แห่ง รอบที่ 2/2562	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2</th></tr><tr><td>1</td><td>ผลการรับรองหมตอายุ (3e) ยังไม่ส่งเอกสารให้ สรพ.</td></tr><tr><td>2</td><td>ผลการรับรองหมตอายุ (3e) อยู่ระหว่างจัดทำเอกสาร</td></tr><tr><td>3</td><td>ผลการรับรองหมตอายุ (3e) ส่งเอกสารครบอยู่ระหว่างรอกำหนดวันเยี่ยม</td></tr><tr><td>4</td><td>ผ่านการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองฯ ติด Focus มากกว่า 6 เดือน</td></tr><tr><td>5</td><td>ผ่านการรับรอง HA</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2	1	ผลการรับรองหมตอายุ (3e) ยังไม่ส่งเอกสารให้ สรพ.	2	ผลการรับรองหมตอายุ (3e) อยู่ระหว่างจัดทำเอกสาร	3	ผลการรับรองหมตอายุ (3e) ส่งเอกสารครบอยู่ระหว่างรอกำหนดวันเยี่ยม	4	ผ่านการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองฯ ติด Focus มากกว่า 6 เดือน	5	ผ่านการรับรอง HA			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2																			
1	ผลการรับรองหมตอายุ (3e) ยังไม่ส่งเอกสารให้ สรพ.																			
2	ผลการรับรองหมตอายุ (3e) อยู่ระหว่างจัดทำเอกสาร																			
3	ผลการรับรองหมตอายุ (3e) ส่งเอกสารครบอยู่ระหว่างรอกำหนดวันเยี่ยม																			
4	ผ่านการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองฯ ติด Focus มากกว่า 6 เดือน																			
5	ผ่านการรับรอง HA																			

ระดับ คปสอ. ประเมินบันได 3 ชั้น 3 แห่ง รอบที่ 2/2562	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2			
	1	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ชั้นยังไม่ได้ดำเนินการจัดส่งเอกสารขอรับการรับรองจาก สรพ.			
	2	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ชั้นและได้ดำเนินการจัดส่งเอกสารขอรับการรับรองจาก สรพ. ครบถ้วน			
	3	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ชั้นได้รับการเยี่ยมจาก สรพ.อยู่ระหว่างรอการรับรองอย่างเป็นทางการ			
	4	รอผลประกาศรับรองอย่างเป็นทางการ			
	5	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ชั้น			

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	88.9	88.9	83.3	
	ร้อยละโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA บันได 3 ชั้น	ร้อยละ	-	-	100	

ระดับคุณภาพ	โรงพยาบาล	ชั้นปัจจุบัน	วันรับรอง	วันหมดอายุ
HA3	รพ.สระใคร	Re1	27 มิ.ย.60	26 มิ.ย.63
	รพ.สังคม	3	27 มิ.ย.60	26 มิ.ย.62
	รพ.ศรีเชียงใหม่	3e	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60
	รพ.โพธิ์พิสัย	Re1	22 พ.ค.61	21 พ.ค.64
	รพ.ร.ท่าบ่อ	Re-acc 4	26 กพ.59	25 กพ.62
	รพ.หนองคาย	Re-acc 2	29 พค.60	28 พค.63
	รพ.พิสัยเวหา	2	15 กพ.59	15 กพ.60
HA1, 2	รพ.เฝ้าไร่	HA1	HA2 ปี 62	
	รพ.รัตนวาปี	0	HA1 ปี 2562	
	รพ.โพธิ์ตาก	0	HA1 ปี 2562	

เอกสารอ้างอิง	- รายงานสรุปผลสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน - รายงานความเสี่ยง (เอกสาร/โปรแกรม)

ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 08-9571-1175
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร. 08-9941-8836
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 61/46/22	ร้อยละ รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด คะแนนรวมร้อยละ 100 ดังนี้ หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี (20%) 108 คะแนน 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมชาติ 10 คะแนน 1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ 10 คะแนน 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ 88 คะแนน หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (10%) 10 คะแนน หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (10%) 10 คะแนน หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัยเน้นประเด็น 4PA (35%) 320 คะแนน 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP) 5 คะแนน 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่) 30 คะแนน 4.2.1 เกสเซอร์และ RDU 80 คะแนน 4.3 การบริการในชุมชน 10 คะแนน 4.3.1 คบส. 35 คะแนน 4.4 การบริการแพทย์แผนไทย 5 คะแนน 4.5 ระบบสนับสนุน 4.5.1 IT 60 คะแนน 4.5.2 IC 55 คะแนน 4.5.3 LAB 40 คะแนน หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ (25%) 52 คะแนน 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self-Care) 10 คะแนน 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 37 คะแนน 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ 5 คะแนน เกณฑ์ให้คะแนน รพ.สต.ระดับ 3 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ $\geq 60-69$ รพ.สต.ระดับ 4 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ $\geq 70-79$ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 80 โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ทุกหมวด รอบที่ 1 รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมินรพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) มากกว่าร้อยละ 20 ของ รพ.สต.ทั้งหมด ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ รอบที่ 2 รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) มากกว่าร้อยละ 20 ของ รพ.สต.ทั้งหมด รับรองโดยทีมจังหวัด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต./ ศสม. / PCU ทุกแห่ง					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด และ คปสอ. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว					
	รายละเอียด	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	Ac	23 แห่ง	31 แห่ง	31 แห่ง	-	-
	คสภภาพ	-	23 แห่ง	54 แห่ง	62 แห่ง	54 แห่ง
	Re-Ac	-	-	-	23 แห่ง	31 แห่ง
	รวม	23 แห่ง	54 แห่ง	85 แห่ง	85 แห่ง	85 แห่ง
	ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%)					
วิธีการประเมิน	1. รอบที่ 1 ทีมระดับอำเภอ ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 1/2562) 2. รอบที่ 2 ประเมินรับรองระดับ 5 ดาวโดยทีมระดับจังหวัด (ช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2562) (ใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 2/61)					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ต.ค.61- ก.พ.62 รอบที่ 2 ต.ค.61- ก.ค.62					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต./ ศสม./PCU ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต./ศสม./PCU ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/อำเภอ	รอบที่ 1 ใช้ผลจากการประเมินตนเอง รอบที่ 2 รับรองโดยทีมจังหวัด/ทีมเขต (ตรวจราชการปีละ 2 ครั้ง)					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว ≥60%				
	2	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว ≥70%				
	3	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว ≥80%				
	4	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว ≥90%				
	5	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว 100%				
ระดับตำบล	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ < 50				
	2	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 50-59				
	3	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 60-69				
	4	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 70-79				
	5	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไป ทุกหมวด				

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
					2559	2560	2561
	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว			ร้อยละ	71.76 (เกณฑ์ ปี 59)	27.06	63.53
	หน่วยปฐมภูมิ ได้รับการรับรองคุณภาพระดับ 5 ดาวโดยทีมระดับเขต จ.หนองคาย ปี 2561						
	ลำดับ	อำเภอ	จำนวน ตำบล	หน่วยปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU/ ศสม) (แห่ง)	คงสภาพ 5 ดาว ปี 60-61	เป้าหมาย ปี 2562	หมายเหตุ
	1	เมือง	16	20	13	7	
	2	ท่าบ่อ	10	11	7	4	
	3	โพนพิสัย	11	16	8	8	
	4	เผ้าไร่	5	8	4	4	
	5	รัตนวาปี	5	7	5	2	
เอกสารอ้างอิง				คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)			
				ผลการประเมินตนเอง โดยทีมระดับอำเภอ			
				ผลการประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด			
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรวลัย เทพาพิน			โทร. 08-6457-7853			
	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 08-9571-1175			
	นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย			โทร. 08-1954-7617			
	นายกวินภพ พรหมนิवास			โทร. 08-3678-4007			
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 120			

ตัวชี้วัดที่ 62/-/-	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																											
คำอธิบาย	ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ 10,000 คน ± 20% ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ในปี 2562 จำนวน 2/2 คน) พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน PCC พื้นที่จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560-2562 จำนวน 13 แห่ง																											
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 2 ทีม คือ คลินิกหมอครอบครัวรัตนวาปี และ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสระใคร-คอกช้าง																											
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดคลินิกหมอครอบครัว																											
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562																											
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																											
ระดับจังหวัด																												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคลินิกหมอครอบครัวดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ																											
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเครือข่ายที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิทีมหมอครอบครัวทั้งหมด																											
สูตรคำนวณ	A / B x 100																											
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="3">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="3">พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 9 ทีม</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="3">พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 10 ทีม</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="3">พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 11 ทีม</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="3">พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 12 ทีม</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="3">พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 13 ทีม</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			1	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 9 ทีม			2	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 10 ทีม			3	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 11 ทีม			4	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 12 ทีม			5	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 13 ทีม		
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																											
1	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 9 ทีม																											
2	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 10 ทีม																											
3	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 11 ทีม																											
4	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 12 ทีม																											
5	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 13 ทีม																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2559</td><td>2560</td><td>2561</td></tr><tr><td>ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่</td><td>ทีม</td><td>-</td><td>7</td><td>4</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	ทีม	-	7	4											
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2559	2560	2561																								
ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	ทีม	-	7	4																								

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	ปี 2560	ปี 2561	รวม
	1	หนองคาย	4	1	5
	2	ท่าบ่อ	2	-	2
	3	โพนพิสัย	1	-	1
	4	ศรีเชียงใหม่	-	-	-
	5	สังคม	-	1	1
	6	สระใคร	-	-	-
	7	เฝ้าไร่	-	1	1
	8	รัตนวาปี	-	-	-
	9	โพธิ์ตาก	-	1	1
		รวม	7	4	11
เอกสารอ้างอิง	- คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC , - แบบลงทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว				
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. (มือถือ) 08-9571-1175	
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 923 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 63/47/-	จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 19 สาขา ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย												
หน่วยวัด	ขั้นตอน												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	1. โรงพยาบาลจัดบริการระดับทุติยภูมิเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ หมายถึง โรงพยาบาลทุกระดับ ที่ร่วมกันจัดเครือข่ายให้บริการและสนับสนุนเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ที่เชื่อมโยงปฐมภูมิภายในเครือข่าย และระบบส่งต่อ ตามศักยภาพและบริบทหน่วยบริการ โดยจัดให้มีการวิเคราะห์ศักยภาพหน่วยบริการตามบริบทและกำหนดศักยภาพแต่ละหน่วยบริการ และจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงภายใน รวมถึงระบบการส่งต่อบริการที่เกินศักยภาพ โดยจังหวัดหนองคายกำหนดให้มีเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิ 3 เครือข่าย เครือข่ายท่าบ่อ-ศรีเชียงใหม่-สังคม-โพธิ์ตาก มี รพ.ท่าบ่อ (M2) เป็นแม่ข่ายหลัก เครือข่ายเมืองหนองคาย-สระใคร มี รพ.หนองคาย (S) เป็นแม่ข่ายหลัก เครือข่ายโพนพิสัย-เผ้าไร่-รัตนวาปี มี รพ.โพนพิสัย (F1) เป็นแม่ข่ายหลัก 2. ผลงาน Service Plan 19 สาขา ประกอบด้วย 1. NCDs 2. โรคหัวใจ 3. RDU 4. MCH 5. New born 6. ยาเสพติด 7. แพทย์แผนไทย 8. สุขภาพจิตและจิตเวช 9. ศัลยกรรม 10. โรคมะเร็ง 11. ไต 12. ตา 13. การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 14. Intermediate care+Palliative care 15. ออร์โธปิดิกส์ 16. PCC และ พชอ. 17. อุบัติเหตุและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 18. สาขาสุขภาพช่องปาก 19. ยาเสพติด												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพท./รพช./สสอ./รพ.สต./ศสม./PCU ทุกแห่ง												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : โรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จ ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : เครือข่าย คปสอ. ที่สามารถจัดบริการแบบเครือข่ายได้สำเร็จ 5 ขั้นตอน ผลงาน Service Plan 19 สาขา ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60												
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยทีมจังหวัด												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จ												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทุกแห่ง												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 60	2	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 70	3	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 80	4	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 90	5	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 60												
2	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 70												
3	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 80												
4	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 90												
5	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 100												
ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน 5 ขั้นตอน รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100												

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 1	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	1. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ศักยภาพการให้บริการประชาชน 2. มีคำสั่งผู้รับผิดชอบ 3. มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดเป้าหมาย				
	2	มี 1 และ 1. โรงพยาบาลภายในเครือข่ายมีการวิเคราะห์ศักยภาพการจัดบริการแก่ประชาชน ร่วมกันและพิจารณาระบบส่งต่อที่เกินศักยภาพ 2. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระดับเครือข่ายที่เชื่อมโยงภายในเครือข่าย 3. มีรายงานการประชุมร่วมกันภายในเครือข่าย เพื่อร่วมกันพิจารณาจัดระบบบริการ ที่เชื่อมโยงทุกระดับตามศักยภาพของหน่วยบริการ 4. คณะกรรมการมีการทบทวนตัวชี้วัดเป้าหมายร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนให้ผ่านเกณฑ์ ร่วมกัน				
	3	มี 1,2 และ 1. มีแนวทางการจัดระบบบริการร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น การสนับสนุนเครือข่าย จัดบริการที่รองรับระบบบริการภายในเครือข่าย และระบบส่งต่อกรณีเกิน ศักยภาพ 2. คณะกรรมการมีการทบทวนตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาร่วมกันภายในเครือข่าย				
	4	มี 1,2,3 และ ผลลัพธ์ SP 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ 50%				
	5	มี 1,2,3,4 และ ผลลัพธ์ SP 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ 60%				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผลลัพธ์ SP 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ $\geq 60\%$				
	2	ผลลัพธ์ SP 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ $\geq 70\%$				
	3	ผลลัพธ์ SP 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$				
	4	ผลลัพธ์ SP 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ $\geq 90\%$				
	5	ผลลัพธ์ SP 19 สาขา ผ่านเกณฑ์ $\geq 100\%$				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละ SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 18 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย		ร้อยละ	NA	80	100

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน
	1	เมืองหนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	5	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	10	พิสัยเวหา	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
		รวม	10 แห่ง	10 แห่ง
เอกสารอ้างอิง	เอกสารคำสั่ง/แนวทางระดับหน่วยบริการ, รายงานผลงานตามตัวชี้วัด Service Plan			
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 08-9571-1175
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม			โทร. 08-9941-8836
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 64/48/-	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย														
หน่วยวัด	ขั้นตอน														
น้ำหนัก	ร้อยละ														
คำอธิบาย	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชน เป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE (รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง) อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2562 อย่างน้อย 2 ประเด็น)														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)														
เป้าหมาย	<table><tr><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td><td>ปี 2565</td></tr><tr><td>50%</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr></table>					ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	50%	60%	70%	80%	90%
ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565											
50%	60%	70%	80%	90%											
วิธีการประเมิน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)														
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562														

ระดับจังหวัด						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน					
	รอบที่ 2 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	5 อำเภอ	2 อำเภอ		
	2	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	6 อำเภอ	3 อำเภอ		
	3	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	7 อำเภอ	4 อำเภอ		
	4	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	8 อำเภอ	5 อำเภอ		
	5	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	9 อำเภอ	6 อำเภอ		
ระดับ คปสอ.						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน					
	รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน					
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน			
			รอบ 1	รอบ 2		
	1	- มีการสรรหาแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ 8:6:7 อย่างโปร่งใสเป็นธรรม - มีวาระการประชุมคณะกรรมการ พชอ.	1	1		
	2	- มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น - มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ รองรับการจัดการประเด็น	3	2		
	3	- มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน - มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยใช้ UCCARE ค้นข้อมูลการประเมินตนเองในวาระ	5	3		
	4	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		4		
5	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		5			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ		จำนวน	-	1	9

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน
	1	หนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	5	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	7	เฝ้าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
		รวม	9 แห่ง	9 แห่ง
เอกสารอ้างอิง	1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพ.ศ.2560 2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย			
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก		โทร. (มือถือ) 08-9571-1175	
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 923 ต่อ 120	

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

UCCARE	ระดับคุณภาพ 1, 2, 3, 4, 5				
	1. เริ่มมีแนวทาง	2. เริ่มดำเนินการ	3. ดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม	4. เรียนรู้	5. บูรณาการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น	เป็น Cross functional team ระหว่างฝ่าย/คิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันระหว่างฝ่าย	Fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน (ทั้งแนวราบแนวนอน)	ชุมชนภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นเครือข่ายในทีม
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชน	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชนที่หลากหลาย	นำความต้องการของประชาชนและชุมชนมาปรับปรุงระบบการทำงาน	นำความต้องการของชุมชนมาปรับปรุงระบบงานและมีการขยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้	นำความต้องการของชุมชนเปลี่ยนระบบงานที่ตอบสนองกับภาระกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อย่างเหมาะสม
Community Participation	มีแนวทางในการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	เริ่มดำเนินการสร้างการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	ชุมชนเริ่มมีส่วนร่วมคิดในการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นอย่างขยายวงกว้าง	ชุมชนร่วมวางแผนมีแนวทางชัดเจนว่าจะดำเนินการเมื่อไหร่อย่างไรใครมีส่วนร่วม	ชุมชนเข้ามาร่วมประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
Appreciation & Human Resource	มีแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	เริ่มดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็น	สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจและรับรู้คุณค่าในงานของตนเอง
Resource Sharing	มีแนวทาง/วิธีการในการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรและแนวทางของระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิ	เริ่มมีการวางแผนร่วมกันในบางประเด็นหรือบางระบบ	มีการนำข้อมูลจากทุกหน่วยงานมาทำแผนและมีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามพันธกิจขององค์กร	มีการทบทวนและปรับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม/อย่างมีเงื่อนไข (ปรับเปลี่ยนทรัพยากร)	มีการใช้ทรัพยากรโดยยึด mission ขององค์กร (ไม่มีกำแพง) และ/หรือมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน
Essential Care	เริ่มมีแนวทางในการจัดบริการตามบริบทตามความต้องการของชุมชน	มีการดำเนินการในบางส่วน	มีการขยายการดำเนินงานในส่วนอื่นๆ	มีการนำความต้องการของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ มาปรับปรุงกระบวนการ	ชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมาย มีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันตามบริบท

ตัวชี้วัดที่ 65/49/23	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์กำหนด											
หน่วยวัด	ร้อยละ											
น้ำหนัก	ร้อยละ											
คำอธิบาย	อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ 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) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกาย เช่น 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 2562 : 100% ของครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Long Term Care), CKD, NCD * หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2561											
เป้าหมายระดับจังหวัด/อำเภอ	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>55</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td></tr></table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	55	80	85	90
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
55	80	85	90									

วิธีการประเมิน	การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ** ประเมินโดย จังหวัด ด้วยวิธีการ ดังนี้ 1. การประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. โดย อสค.แต่ละคน เมื่อประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองแล้ว ให้เก็บผลการประเมินไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร 2. การสุ่มประเมิน ตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป (ขนาดของการสุ่มตัวอย่างหรือขนาดของตัวอย่าง (Sample Size) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของ อสค.ที่ได้รับการพัฒนา) โดยนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่านฐานข้อมูลบนเว็บไซต์ http://fv.phc.hss.moph.go.th/osk/ หรือ www.thaiphc.net **เกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค.: การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ 60:40 ตารางกำหนดค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมิน <table><tr><th>บทบาท อสค.</th><th>ค่าน้ำหนัก</th><th>การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว</th><th>ค่าน้ำหนัก</th></tr><tr><td>1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง</td><td>20</td><td>1. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า</td><td>10</td></tr><tr><td>2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเอง และช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง</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></td><td></td><td>4.บำรุงรักษาจิตใจ</td><td>10</td></tr><tr><td>รวม</td><td>60</td><td>รวม</td><td>40</td></tr></table> รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด	บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก	1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10	2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเอง และช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10	3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10			4.บำรุงรักษาจิตใจ	10	รวม	60	รวม	40
บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก																						
1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	20	1. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10																						
2. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเอง และช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10																						
3. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10																						
		4.บำรุงรักษาจิตใจ	10																						
รวม	60	รวม	40																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																								
ระดับจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.																									
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด																								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครอบครัวเป้าหมายที่มี อสค.																								
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																								
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1																								
ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อสค.เป้าหมายได้รับการอบรม ตามเป้าหมาย</td></tr><tr><td>2</td><td>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65</td></tr><tr><td>3</td><td>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>4</td><td>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>5</td><td>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อสค.เป้าหมายได้รับการอบรม ตามเป้าหมาย	2	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65	3	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70	4	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75	5	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80												
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																								
1	อสค.เป้าหมายได้รับการอบรม ตามเป้าหมาย																								
2	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 65																								
3	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70																								
4	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75																								
5	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80																								
ระดับอำเภอ																									
ระดับตำบล																									

	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2							
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70						
	2	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75						
	3	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80						
	4	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 85						
	5	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2559	2560	2561		
	1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เป้าหมาย 4,625)		จำนวน	3,100	4,390	4,883		
	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ	-	86	84.29		
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561							
	ลำดับ	คปสอ.	อสค. ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		อสค. มีศักยภาพ			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	1205	1205	100	1205	867	71.95
	2	ท่าบ่อ	791	791	100	791	791	100
	3	โพนพิสัย+พิสัยเวหา	1029	1029	100	1029	918	89.21
4	ศรีเชียงใหม่	315	315	100	315	260	82.54	
5	สังคม	259	259	100	259	200	77.22	
6	สระใคร	239	239	100	239	161	67.36	
7	เผ่าไร่	505	505	100	505	505	100	
8	รัตนวาปี	378	378	100	378	322	85.19	
9	โพธิ์ตาก	162	162	100	162	92	56.79	
	รวม	4,883	4,883	100	4,883	4,116	84.29	
เอกสารอ้างอิง	1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 2. เป้าหมายจำนวน อสค.แต่ละหน่วยบริการ 3. แผนการดำเนินงาน อสค.แต่ละหน่วยบริการ 4. ผลการดำเนินงาน 5. หลักสูตร อสค. 6. คู่มือ อสค. 7. ประกาศนียบัตร อสค. 8. บัตรประจำตัว 9. การบันทึกผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรม Thaiphc.net							
ผู้รับผิดชอบ	นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย			โทร. 08-1954-7617				
	นายกวินภพ พรหมนิवास			โทร. 09-6686-5531				
	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 08-9571-1175				
	งานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ			โทร. 0-4242-2923 ต่อ 120				

ตัวชี้วัดที่ 66/50/24	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																																																																																						
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																						
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																						
คำอธิบาย	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต.) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ระดับพื้นฐาน</th><th colspan="2">ประเมินระดับ</th></tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</th><th>รพ.</th><th>รพ.สต.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <th colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</th><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="2">G : GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)</td><td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ทิ้งรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>R : RESTROOM (HAS)</td><td>4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>E : ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)</td><td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td rowspan="2">E : ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)</td><td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td rowspan="3">N : NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อกับ รพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกับให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)</td><td>✓</td><td>x</td></tr> <tr> <td>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.ร.ท่าบ่อ)</td><td>✓</td><td>x</td></tr> <tr> <td>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <th colspan="2">ระดับดี</th><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td colspan="2">12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <th colspan="2">ระดับดีมาก</th><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td colspan="2">14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <th colspan="2">ระดับดีมาก Plus</th><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)</td><td>✓</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</td><td>✓</td><td></td></tr> </tbody> </table>			ระดับพื้นฐาน		ประเมินระดับ		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		รพ.	รพ.สต.	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		✓	✓	ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN				G : GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)	✓	✓	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ทิ้งรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓	R : RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓	E : ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓	E : ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓	N : NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อกับ รพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกับให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)	✓	x	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.ร.ท่าบ่อ)	✓	x	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	✓	✓	ระดับดี				11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย		✓	✓	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)		✓	✓	ระดับดีมาก				13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน		✓	✓	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community		✓	✓	ระดับดีมาก Plus				15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)		✓		16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป		✓	
ระดับพื้นฐาน		ประเมินระดับ																																																																																					
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		รพ.	รพ.สต.																																																																																				
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		✓	✓																																																																																				
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN																																																																																							
G : GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)	✓	✓																																																																																				
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ทิ้งรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓																																																																																				
R : RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓																																																																																				
E : ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓																																																																																				
E : ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓																																																																																				
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓																																																																																				
N : NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อกับ รพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกับให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)	✓	x																																																																																				
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.ร.ท่าบ่อ)	✓	x																																																																																				
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	✓	✓																																																																																				
ระดับดี																																																																																							
11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย		✓	✓																																																																																				
12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)		✓	✓																																																																																				
ระดับดีมาก																																																																																							
13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน		✓	✓																																																																																				
14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community		✓	✓																																																																																				
ระดับดีมาก Plus																																																																																							
15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)		✓																																																																																					
16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป		✓																																																																																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพ.พิสัยเวช																																																																																						
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 1. ร้อยละ 85 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป																																																																																						

	2. ร้อยละ 40 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก 3. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus 1 แห่ง ระดับ คปสอ. : 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 2. ร้อยละ 100 ของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ระดับ รพ.สต. : รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป			
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยทีมประเมินระดับจังหวัด และสุ่มร้อยละ 30 จากทีมศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562			
ระดับจังหวัด	1. ร้อยละ 85 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป	2. ร้อยละ 40 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป		A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100		(A/B) x 100	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1.ระดับดีขึ้นไป	2.ระดับดีมาก
	1	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 65	ร้อยละ 20
	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 25
	3	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 75	ร้อยละ 30
	4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 35
	5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 40
	ระดับ คปสอ.	1. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป	2. ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป	
เป้าหมายที่ 1	รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐาน		
	2	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐาน + ระดับดี 1 ข้อ		
	3	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี		
	4	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี + ดีมาก 1ข้อ		
	5	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีมาก		
เป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 100 ของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
	2	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
	3	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
	4	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
	5	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

ระดับ รพ.สต.	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป							
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN 1 กิจกรรม						
	2	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN 2 กิจกรรม						
	3	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN 3 กิจกรรม						
	4	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN 4 กิจกรรม						
	5	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN 5 กิจกรรม						
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561		
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตร้าสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีขึ้นไป			ร้อยละ	-	-	70.00 (7/10)		
ร้อยละของ รพ.สต. พัฒนามาตร้าสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป			ร้อยละ	-	21.62 (16/74)	68.91 (51/74)		
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560-2561							
	ลำดับ	คปสอ.	รพ. (ระดับดีขึ้นไป)			รพ.สต. (ระดับพื้นฐานขึ้นไป)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	1	1	100	17	12	70.59
	2	ท่าบ่อ	1	1	100	10	6	60.00
	3	โพนพิสัย	1	1	100	15	8	53.33
	4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100	6	5	83.33
	5	สังคม	1	1	100	5	5	100
	6	สระใคร	1	1	100	3	2	66.67
	7	เฝ้าไร่	1	1	100	7	4	57.14
	8	รัตนวาปี	1	-	0.00	6	5	83.33
	9	โพธิ์ตาก	1	-	0.00	5	4	80.00
	10	พิสัยเวหา	1	-	0.00	-	-	-
		รวม	10	7	70.00	74	51	68.91
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือแนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นสารเคมี 4. คู่มือการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital 6. แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital							
ผู้รับผิดชอบ	นายบุญเลิศ มาตรนาคุณ				โทร. 09-1861-7640			
	นายธวัชชัย เหลืองศิริ				โทร. 08-1369-2360			
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย				โทร. 042-421438, 042-422923, 042-413354 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 67/51/25	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 51.1 ในเขตเศรษฐกิจ 51.2 นอกเขตเศรษฐกิจ																																
หน่วยวัด	ร้อยละ																																
น้ำหนัก	ร้อยละ																																
คำอธิบาย	1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองและสระใคร จำนวน 16 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ที่รัฐบาลกำหนดขึ้น 2. หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่าบ่อ, โพนพิสัย, ศรีเชียงใหม่, สังคม, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพธิ์ตาก และอำเภอเมือง, สระใครที่เหลือจากข้อ 1, ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย (2 แห่ง) 3. การให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสีได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/สิ่งคุกคามด้านมลพิษ สิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม 4. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">พื้นที่</th><th colspan="6">หน่วยบริการสาธารณสุข/การผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด</th></tr><tr><th>รพศ./รพท.</th><th>ผ่านเกณฑ์</th><th>รพช.</th><th>ผ่านเกณฑ์</th><th>รพ.สต.</th><th>ผ่านเกณฑ์</th></tr><tr><td>ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ</td><td>48 ข้อ</td><td> เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-9) ร้อยละ 80 2. องค์กรประกอบที่ 2 (ข้อ 10-19) ร้อยละ 80 </td><td>42 ข้อ</td><td> เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-8) ร้อยละ 70 2. องค์กรประกอบที่ 2 (ข้อ9-18) ร้อยละ 70 </td><td>25 ข้อ</td><td> เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-5) ร้อยละ 50 2. องค์กรประกอบที่ 3 (ข้อ 11-16) ร้อยละ 50 </td></tr><tr><td>นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ</td><td>-</td><td>-</td><td></td><td></td><td>11 ข้อ</td><td> พื้นฐาน ข้อ 1-6 </td></tr></table> - โรงพยาบาลหนองคาย ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีเด่น ปี พ.ศ.2560 มีระยะเวลาในการรับรอง 3 ปี (พ.ศ.2560-2563)						พื้นที่	หน่วยบริการสาธารณสุข/การผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด						รพศ./รพท.	ผ่านเกณฑ์	รพช.	ผ่านเกณฑ์	รพ.สต.	ผ่านเกณฑ์	ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ	48 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-9) ร้อยละ 80 2. องค์กรประกอบที่ 2 (ข้อ 10-19) ร้อยละ 80	42 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-8) ร้อยละ 70 2. องค์กรประกอบที่ 2 (ข้อ9-18) ร้อยละ 70	25 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-5) ร้อยละ 50 2. องค์กรประกอบที่ 3 (ข้อ 11-16) ร้อยละ 50	นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ	-	-			11 ข้อ	พื้นฐาน ข้อ 1-6
พื้นที่	หน่วยบริการสาธารณสุข/การผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด																																
	รพศ./รพท.	ผ่านเกณฑ์	รพช.	ผ่านเกณฑ์	รพ.สต.	ผ่านเกณฑ์																											
ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ	48 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-9) ร้อยละ 80 2. องค์กรประกอบที่ 2 (ข้อ 10-19) ร้อยละ 80	42 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-8) ร้อยละ 70 2. องค์กรประกอบที่ 2 (ข้อ9-18) ร้อยละ 70	25 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ1-5) ร้อยละ 50 2. องค์กรประกอบที่ 3 (ข้อ 11-16) ร้อยละ 50																											
นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ	-	-			11 ข้อ	พื้นฐาน ข้อ 1-6																											
เกณฑ์โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป																																	
ระดับ	องค์กรประกอบที่ 1 (ข้อ 1-9)	องค์กรประกอบที่ 2 (ข้อ 10-19)	องค์กรประกอบที่ 3 (ข้อ 20-28)	องค์กรประกอบที่ 4 (ข้อ 29-40)	องค์กรประกอบที่ 5 (ข้อ 41-48)																												
เริ่มต้นพัฒนา	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	-	-	-																												
ดี	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 50																												
ดีมาก	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 70																												
ดีเด่น	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80																												

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป			
องค์ประกอบ		จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม
องค์ประกอบที่ 1	การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	27
องค์ประกอบที่ 2	การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30
องค์ประกอบที่ 3	การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ ผู้ประกอบอาชีพภายนอก	9	27
องค์ประกอบที่ 4	การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมินการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	36
องค์ประกอบที่ 5	การดำเนินงานจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24
รวม		48	150

เกณฑ์โรงพยาบาลชุมชน					
ระดับ	องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ 1-8)	องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ 9-18)	องค์ประกอบที่ 3 (ข้อ 19-27)	องค์ประกอบที่ 4 (ข้อ 28-37)	องค์ประกอบที่ 5 (ข้อ 38-42)
เริ่มต้นพัฒนา	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	-	-	-
ดี	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	-	ร้อยละ 50
ดีมาก	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	-	ร้อยละ 60
ดีเด่น	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลชุมชน			
องค์ประกอบ		จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม
องค์ประกอบที่ 1	การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24
องค์ประกอบที่ 2	การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30
องค์ประกอบที่ 3	การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ ผู้ประกอบอาชีพภายนอก	9	27
องค์ประกอบที่ 4	การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมินการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10	30
องค์ประกอบที่ 5	การดำเนินงานจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15
รวม		42	126

เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ					
ระดับ	องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ 1-5)	องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ 6-10)	องค์ประกอบที่ 3 (ข้อ 11-16)	องค์ประกอบที่ 4 (ข้อ 17-21)	องค์ประกอบที่ 5 (ข้อ 22-25)
เริ่มต้นพัฒนา	ร้อยละ 50	-	ร้อยละ 50	-	-
ดี	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	-	-
ดีมาก	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	-
ดีเด่น	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของ รพ.สต. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ			
องค์ประกอบ		จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม
องค์ประกอบที่ 1	การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15
องค์ประกอบที่ 2	การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	15
องค์ประกอบที่ 3	การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ ผู้ประกอบอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	6	18
องค์ประกอบที่ 4	การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมินการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	5	15
องค์ประกอบที่ 5	การดำเนินงานจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	4	12
รวม		25	75

	เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ <table><tr><th>ระดับ</th><th>เกณฑ์</th></tr><tr><td>เริ่มต้น</td><td>หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 1 ข้อขึ้นไป แต่ไม่ครบ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)</td></tr><tr><td>พื้นฐาน</td><td>หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)</td></tr><tr><td>ดี</td><td>หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 7-9 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)</td></tr><tr><td>ดีมาก</td><td>หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 10-11 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)</td></tr></table> การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของ รพ.สต. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ <table><tr><th>กิจกรรมที่สำคัญในการจัดบริการ</th></tr><tr><td>1. มีข้อมูลกลุ่มอาชีพของประชากร ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ</td></tr><tr><td>2. มีการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ หรือใช้ชุดทดสอบ (Test Kit) ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยง</td></tr><tr><td>3. มีการซักประวัติ หรือ วินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเบื้องต้น</td></tr><tr><td>4. มีการบันทึกผลการดำเนินงานคัดกรอง หรือคัดกรอง หรือรักษา หรือส่งต่อ และรายงานโรค ตามระบบ ICD 10</td></tr><tr><td>5. ให้สุขศึกษา หรือคำแนะนำ ในการลดความเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการทำงาน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน</td></tr><tr><td>6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลที่สำคัญ ในการดำเนินงานแก่เครือข่าย เช่น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลกลุ่มอาชีพ สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยง ให้แก่แรงงานในชุมชนและเครือข่ายในการดำเนินงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</td></tr><tr><td>7. มีการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับแรงงานในชุมชนอย่างน้อย 1 กิจกรรม</td></tr><tr><td>8. มีแผนงานโครงการในการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชนร่วมกับเครือข่าย เช่น กลุ่มอาชีพ องค์กรปกครองท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานของรัฐ เอกชน องค์กรภาคประชาชน เป็นต้น</td></tr><tr><td>9. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับผู้ประกอบการในชุมชน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)</td></tr><tr><td>10. มีการสำรวจ และประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชนร่วมกับเครือข่าย โดยการสนับสนุนวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. สสจ. สคร. เป็นต้น</td></tr><tr><td>11. มีรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของแรงงานในชุมชน ทั้งด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ., สสจ., เครือข่าย เป็นต้น</td></tr></table>	ระดับ	เกณฑ์	เริ่มต้น	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 1 ข้อขึ้นไป แต่ไม่ครบ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)	พื้นฐาน	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)	ดี	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 7-9 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)	ดีมาก	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 10-11 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)	กิจกรรมที่สำคัญในการจัดบริการ	1. มีข้อมูลกลุ่มอาชีพของประชากร ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ	2. มีการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ หรือใช้ชุดทดสอบ (Test Kit) ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยง	3. มีการซักประวัติ หรือ วินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเบื้องต้น	4. มีการบันทึกผลการดำเนินงานคัดกรอง หรือคัดกรอง หรือรักษา หรือส่งต่อ และรายงานโรค ตามระบบ ICD 10	5. ให้สุขศึกษา หรือคำแนะนำ ในการลดความเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการทำงาน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน	6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลที่สำคัญ ในการดำเนินงานแก่เครือข่าย เช่น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลกลุ่มอาชีพ สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยง ให้แก่แรงงานในชุมชนและเครือข่ายในการดำเนินงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	7. มีการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับแรงงานในชุมชนอย่างน้อย 1 กิจกรรม	8. มีแผนงานโครงการในการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชนร่วมกับเครือข่าย เช่น กลุ่มอาชีพ องค์กรปกครองท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานของรัฐ เอกชน องค์กรภาคประชาชน เป็นต้น	9. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับผู้ประกอบการในชุมชน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	10. มีการสำรวจ และประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชนร่วมกับเครือข่าย โดยการสนับสนุนวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. สสจ. สคร. เป็นต้น	11. มีรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของแรงงานในชุมชน ทั้งด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ., สสจ., เครือข่าย เป็นต้น
ระดับ	เกณฑ์																						
เริ่มต้น	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 1 ข้อขึ้นไป แต่ไม่ครบ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)																						
พื้นฐาน	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)																						
ดี	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 7-9 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)																						
ดีมาก	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานกิจกรรมได้ 10-11 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)																						
กิจกรรมที่สำคัญในการจัดบริการ																							
1. มีข้อมูลกลุ่มอาชีพของประชากร ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ																							
2. มีการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ หรือใช้ชุดทดสอบ (Test Kit) ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยง																							
3. มีการซักประวัติ หรือ วินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเบื้องต้น																							
4. มีการบันทึกผลการดำเนินงานคัดกรอง หรือคัดกรอง หรือรักษา หรือส่งต่อ และรายงานโรค ตามระบบ ICD 10																							
5. ให้สุขศึกษา หรือคำแนะนำ ในการลดความเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการทำงาน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน																							
6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลที่สำคัญ ในการดำเนินงานแก่เครือข่าย เช่น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลกลุ่มอาชีพ สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยง ให้แก่แรงงานในชุมชนและเครือข่ายในการดำเนินงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง																							
7. มีการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับแรงงานในชุมชนอย่างน้อย 1 กิจกรรม																							
8. มีแผนงานโครงการในการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชนร่วมกับเครือข่าย เช่น กลุ่มอาชีพ องค์กรปกครองท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานของรัฐ เอกชน องค์กรภาคประชาชน เป็นต้น																							
9. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับผู้ประกอบการในชุมชน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)																							
10. มีการสำรวจ และประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชนร่วมกับเครือข่าย โดยการสนับสนุนวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. สสจ. สคร. เป็นต้น																							
11. มีรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของแรงงานในชุมชน ทั้งด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ., สสจ., เครือข่าย เป็นต้น																							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 1.1 อำเภอเมือง จำนวน 14 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพท.หนองคาย 2) รพ.สต.เดื่อ 3) รพ.สต.บ้านท่าจาน 4) รพ.สต.หินโงม 5) รพ.สต.เวียงคุก 6) รพ.สต.สีกาย 7) รพ.สต.บ้านนาฮี 8) รพ.สต.พระธาตุบังพวน 9) รพ.สต.โพธิ์ชัย 10) รพ.สต.มิชัย 11) รพ.สต.คำบกกหวาน 12) รพ.สต.หนองกอมเกาะ 13) รพ.สต.หาดคำ 14) รพ.สต.โพนสว่าง 1.2 อำเภอสระใคร จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพ.สระใคร 2) รพ.สต.สระใคร 2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ 2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองและสระใครที่เหลือ จำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพ.สต.ปะโค 2) รพ.สต.เมืองหมี่ 3) รพ.สต.กวนวัน 4) รพ.สต.วัดธาตุ 5) รพ.สต.คอกช้าง 6) รพ.สต.บ้านฝาง 2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ่อ, โพนพิสัย, ศรีเชียงใหม่, สังคม, เฝ้าไร่, รัตนวาปีและ โพธิ์ตาก ทุกแห่ง 2.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง 2.4 โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพ.ท่าบ่อ 2) รพ.โพนพิสัย 3) รพ.ศรีเชียงใหม่ 4) รพ.สังคม 5) รพ.เฝ้าไร่ 6) รพ.รัตนวาปี 7) รพ.โพธิ์ตาก																						
เป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 70 2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 50																						

วิธีการประเมิน	การตรวจประเมิน/สำรวจข้อมูล ระดับโรงพยาบาล : รอบที่ 1 มีการดำเนินการตาม องค์ประกอบที่ 1 ข้อ 1,2,3,8 และ องค์ประกอบที่ 2 ข้อ 9,10,12,15,17 รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 และ องค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 70 ระดับ รพ.สต. : 1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ รอบที่ 1 มีการดำเนินการตาม องค์ประกอบที่ 1 ข้อ 1,2,4 และ องค์ประกอบที่ 3 ข้อ 11,12,13,14,15 รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบที่ 1 และ องค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 50 2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ รอบที่ 1 มีการดำเนินการตามเกณฑ์ รอบที่ 2 มีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนตามเกณฑ์ ข้อ 1-6																								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																								
ระดับจังหวัด/คปสอ.	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษและนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กำหนด																								
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ในเขตเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป																								
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ในเขตเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด																								
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																								
รายการข้อมูล 3	C : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป																								
รายการข้อมูล 4	D : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด																								
สูตรคำนวณ	$(C/D) \times 100$																								
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70</td></tr> </tbody> </table> และ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 10</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 20</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30	2	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40	3	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50	4	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60	5	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 10	2	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 20	3	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30	4	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40	5	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																								
1	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30																								
2	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40																								
3	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50																								
4	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60																								
5	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70																								
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																								
1	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 10																								
2	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 20																								
3	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30																								
4	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40																								
5	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50																								

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.	รอบที่ 1 (ต.ค.61 – ก.พ.62)			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2
	1	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,3,8	ข้อ 9
	2	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,3,8	ข้อ 9,10
	3	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,3,8	ข้อ 9,10,12
	4	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,3,8	ข้อ 9,10,12,15
	5	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,3,8	ข้อ 9,10,12,15,17
	รอบที่ 2 (ต.ค.61 – ก.ค.62)			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 30		
	2	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 40		
	3	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 50		
	4	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 60		
	5	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 70		
	ระดับ รพ.สต.			
	เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต. รอบที่ 1 (ต.ค.61 – ก.พ.62)			
	1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 3
	1	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,4	ข้อ 11
	2	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,4	ข้อ 11,12
	3	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,4	ข้อ 11,12,13
	4	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,4	ข้อ 11,12,13,14
	5	มีการดำเนินการตามองค์ประกอบ	ข้อ 1,2,4	ข้อ 11,12,13,14,15
	2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ			
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	มีแผนงาน/โครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
	2	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ข้อ 1		
	3	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ข้อ 1-2		
	4	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ข้อ 1-3		
	5	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ข้อ 1-4		
	รอบที่ 2 (ต.ค.61 – ก.ค.62)			
	1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 10		
	2	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 20		
	3	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 30		
	4	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 40		
	5	มีคะแนนผลการประเมินองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 50		
	2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์ ข้อ 1-2		
	2	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์ ข้อ 1-3		
	3	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์ ข้อ 1-4		
	4	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์ ข้อ 1-5		
	5	มีการจัดบริการอาชีวอนามัยตามเกณฑ์ ข้อ 1-6		

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
						2559	2560	2561			
	1. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ สำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด				ร้อยละ	-	-	50 (8/16)			
	2. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ สำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด					-	-	-			
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561											
ลำดับ		คปสอ.	ในเขต			นอกเขต					
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ			
1		หนองคาย	14	6	42.86	-	-	-			
2		ท่าบ่อ	-	-	-	-	-	-			
3		โพนพิสัย	-	-	-	-	-	-			
4		ศรีเชียงใหม่	-	-	-	-	-	-			
5		สังคม	-	-	-	-	-	-			
6		สระใคร	2	2	100	-	-	-			
7		เผ่าไร่	-	-	-	-	-	-			
8		รัตนวาปี	-	-	-	-	-	-			
9		โพธิ์ตาก	-	-	-	-	-	-			
รวม			16	8	50	-	-	-			
ผลการรับรองการตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561 (ประเมินโดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี)											
ลำดับ	หน่วยบริการ	อำเภอ	ผลการรับรอง (ผ่าน/ร้อยละ)					ระดับ			
			องค์ 1	องค์ 2	องค์ 3	องค์ 4	องค์ 5	เริ่มต้นพัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเด่น
1	รพท.หนองคาย	เมือง								/	
2	รพ.สต.บ้านเดื่อ	เมือง	60.00	66.67	66.67	73.33	33.33			/	
3	รพ.สต.บ้านท่าจาน	เมือง	53.33	60.00	50.00	66.67	25.00			/	
4	รพ.สต.หินโงม	เมือง	60.00	53.33	61.11	40.00	0		/		
5	รพ.สต.เวียงคุก	เมือง	53.33	33.33	61.11	60.00	25.00	/			
6	รพ.สต.สีกาย	เมือง	53.33	33.33	61.11	73.33	25.00	/			
7	รพ.สต.บ้านนาฮี	เมือง	13.33	53.33	27.68	13.33	8.33				/
8	รพ.สต.พระธาตุบังพวน	เมือง	40.00	0	44.44	0	16.67				/
9	รพ.สต.โพธิ์ชัย	เมือง	33.33	40.00	38.89	66.67	16.67				/
10	รพ.สต.มีชัย	เมือง	33.33	6.67	33.33	13.33	0.00				/
11	รพ.สต.ค่ายบกหวาน	เมือง	13.33	13.33	33.33	33.33	8.33				/
12	รพ.สต.หนองกอมเกาะ	เมือง	40.00	40.00	44.44	40.00	8.33				/
13	รพ.สต.หาดคำ	เมือง	40.00	40.00	33.33	6.67	8.33				/
14	รพ.สต.โพนสว่าง	เมือง	6.67	46.67	27.78	0.00	8.33				/
15	รพ.สระใคร	สระใคร	75.00	80.00	59.26	46.67	13.33	/			
16	รพ.สต.สระใคร	สระใคร	53.33	80.00	66.67	53.33	33.33			/	
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของ รพท./รพช./รพ.สต. 2. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (Update 20 พ.ย.60) จำนวน 48 ข้อ 3. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม										

	สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 42 ข้อ 4. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (Update 1 พ.ย. 60) จำนวน 25 ข้อ 5. เกณฑ์การประเมินการให้บริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ จำนวน 11 ข้อ 6. แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (นบก.1-56) 7. รายงานผลการเจาะเลือดตรวจคัดกรอง โดยใช้ Cholinesterase Reactive paper 8. แบบรายงานผลการดำเนินงานจัดการบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วย บริการสุขภาพ ปฐมภูมิสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Occ-นบ 01 Rev.61) 9. แบบรายงานผลการดำเนินงานจัดการบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วย บริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Occ-นบ 02 Rev.61)	
ผู้รับผิดชอบ	นายไชยวุฒิ ชัยขมภู	โทร. 08 7425 6625
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136

มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 68/52/-	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity & transparency assessment)
หน่วยวัด	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
น้ำหนัก	ร้อยละ 90
คำอธิบาย	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังกะระห์เป็นองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงาน ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลหนองคาย 2. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่ระดับคะแนน 90% ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่ระดับคะแนน 90%
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน ดังนี้ 1. หน่วยงานเป้าหมายประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง

	2. รอบการประเมิน รอบการประเมินครั้งที่ 1 1.1 เดือนกุมภาพันธ์ 2562 (1) ทุกหน่วยส่งหลักฐานประกอบการประเมิน (แบบ EB1 - EB6) ภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562 1.2 เดือนมีนาคม 2562 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐาน (2) แจ้งผลการประเมิน (3) หน่วยงาน/หน่วยบริการเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่ออุทธรณ์คะแนนการประเมิน ในรอบการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 1 รอบการประเมินครั้งที่ 2 2.1 เดือนกรกฎาคม 2562 (1) ทุกหน่วยส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB11) ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2562 2.2 เดือนสิงหาคม 2562 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐาน (2) แจ้งผลการประเมิน (3) หน่วยงาน/หน่วยบริการเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่ออุทธรณ์คะแนนการประเมิน ในรอบการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 2												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB6) รอบที่ 2 : ในเดือนกรกฎาคม 2562 ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB11)												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่มีคะแนนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในระดับ $\geq$ ร้อยละ 90												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 60	2	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 70	3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 80	4	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90	5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 60												
2	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 70												
3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 80												
4	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90												
5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 100												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>ไม่มีหน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 1 แห่ง (รพ. หรือ สสอ.)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 2 แห่ง (รพ. และ สสอ.)</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	ไม่มีหน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90	3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 1 แห่ง (รพ. หรือ สสอ.)	5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 2 แห่ง (รพ. และ สสอ.)				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
0	ไม่มีหน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90												
3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 1 แห่ง (รพ. หรือ สสอ.)												
5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 2 แห่ง (รพ. และ สสอ.)												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	ร้อยละ	86.90	93.94	93.94
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย				93.94
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำโสม				100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนพิสัย				96.97
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีเชียงใหม่				90.91
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่าง				96.97
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสระใคร				93.94
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฝ้าไร่				90.91
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรันทนบุรี				93.94
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ตาก				96.97
	โรงพยาบาลหนองคาย				96.97
	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชน้ำทิพย์				96.97
	โรงพยาบาลโพนพิสัย				96.97
	โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่				90.91
	โรงพยาบาลสว่าง				93.94
	โรงพยาบาลสระใคร				96.97
	โรงพยาบาลเฝ้าไร่				93.94
	โรงพยาบาลรันทนบุรี				90.91
	โรงพยาบาลโพธิ์ตาก				96.97
เอกสารอ้างอิง	1. แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. 2. หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ตามแบบประเมิน EB1 – EB11 มีหัวข้อการประเมินดังนี้ EB1 หน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามภารกิจหลักของหน่วยงานอย่างไร EB2 หน่วยงานของท่านมีการปฏิบัติงานตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักอย่างไร EB3 หน่วยงานของท่านมีการปฏิบัติงาน/การบริการตามภารกิจหลักด้วยความเป็นธรรมอย่างไร EB4 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างด้วยความโปร่งใสอย่างไร EB5 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลผลการจัดซื้อจัดจ้างแต่ละโครงการให้สาธารณชนรับทราบอย่างไร EB6 หน่วยงานของท่านมีการวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างอย่างไร EB7 หน่วยงานของท่านมีช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลของหน่วยงานอย่างไร EB8 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน/การให้บริการอย่างไร EB9 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงานอย่างไร EB10 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในหน่วยงานอย่างไร EB11 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านมีการรวมกลุ่มเพื่อตรวจสอบการบริหารงานในหน่วยงานอย่างไร				

ผู้รับผิดชอบ	1. นายสุภาพ โพนสิงห์	08-1768-1346
	2. นายเกียรติศักดิ์ คำอุ่น	08-9708-8301
	3. นายธนภัทร สุทธิ	08-8793-5152
	4. น.ส.ธัญวรัตน์ คนยืน	09-1715-1925
	กลุ่มงานนิติการ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3064

ตัวชี้วัดที่ 69/53/26	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	แนวคิดของการควบคุมภายใน 1. การควบคุมภายในเป็นกลไกที่จะทำให้หน่วยงานของรัฐบรรลุวัตถุประสงค์การควบคุมภายในด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ 2. การควบคุมภายในเป็นส่วนประกอบที่แทรกอยู่ในการปฏิบัติงานตามปกติของหน่วยงานของรัฐ การควบคุมภายในเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและต่อเนื่อง มิใช่เป็นผลสุดท้ายของการกระทำ 3. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยงานของรัฐ โดยผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติงานและผู้ตรวจสอบภายใน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำให้มีการควบคุมภายในเกิดขึ้น ซึ่งไม่ใช่เพียงการกำหนดนโยบาย ระบบงาน คู่มือการปฏิบัติงานและแบบฟอร์มดำเนินงานเท่านั้น หากแต่ต้องมีการปฏิบัติ 4. การควบคุมภายในสามารถให้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่าจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดของหน่วยงานของรัฐ อย่างไรก็ตาม การควบคุมภายในที่กำหนดก็อาจไม่สามารถให้ความมั่นใจแก่ผู้กำกับดูแล และฝ่ายบริหาร ว่าการดำเนินงานจะบรรลุวัตถุประสงค์อย่างสมบูรณ์ 5. การควบคุมภายในควรกำหนดให้เหมาะสมกับโครงสร้างองค์กรและภารกิจของหน่วยงานของรัฐ คำนิยาม หน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ส่วนราชการ และหน่วยงานอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้กำกับดูแล หมายความว่า บุคคลหรือคณะบุคคล ผู้หน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลหรือบังคับบัญชาของหน่วยงานของรัฐ หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร หมายความว่า ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานของรัฐ ผู้ตรวจสอบภายใน หมายความว่า ผู้ดำรงตำแหน่งตรวจสอบภายในของหน่วยงานหรือดำรงตำแหน่งอื่นที่ทำหน้าที่เช่นเดียวกับผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงานของรัฐ การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหารและบุคลากรหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ ความเสี่ยง หมายความว่า ความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งอาจเกิดขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ขอบเขตการใช้ มาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ จัดทำขึ้นสำหรับหน่วยงานของรัฐเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำระบบการควบคุมภายในให้เหมาะสมกับลักษณะ ขนาด และความซับซ้อนของงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานของรัฐ และมีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงการควบคุมภายในให้เพียงพอและเหมาะสม รวมทั้งมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ของการควบคุมภายใน 1. ด้านการดำเนินงาน (Operation) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพของการดำเนินงาน รวมถึงการบรรลุเป้าหมายด้านการดำเนินงานด้านการเงิน ตลอดจนการใช้ทรัพยากร การดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาดของหน่วยงานรัฐ ตลอดจนความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตของหน่วยงานของรัฐ

	2. ด้านการรายงาน (Reporting) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรายงานทางการเงินและไม่ใช้การเงินที่ใช้ภายในและภายนอกหน่วยงานของรัฐ รวมถึงการรายงานที่เชื่อถือได้ ทันเวลา โปร่งใส หรือข้อกำหนดอื่นของทางราชการ 3. ด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (Compliance) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งข้อกำหนดอื่นของทางราชการ องค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายใน หน่วยงานของรัฐได้กำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน การควบคุมภายในจะเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐสามารถขับเคลื่อนการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด การควบคุมภายในจะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. สภาพแวดล้อมการควบคุม (Control Environment) 2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) 4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications) 5. กิจกรรมการติดตามผล (Monitoring Activities) 1. สภาพแวดล้อมการควบคุม สภาพแวดล้อมการควบคุมเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินงานที่ส่งผลให้มีการนำการควบคุมภายในมาปฏิบัติทั่วทั้งหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้ผู้กำกับดูแลและฝ่ายบริหารจะต้องสร้างบรรยากาศให้ทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมภายใน รวมทั้งการดำเนินงานที่คาดหวังของผู้กำกับดูแลและฝ่ายบริหาร ทั้งนี้สภาพแวดล้อมการควบคุมดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของการควบคุมภายในอื่นๆ 2. การประเมินความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ เพื่อระบุและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ รวมถึงกำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยงนั้น ฝ่ายบริหารควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกและภารกิจภายในทั้งหมดที่มีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ 3. กิจกรรมการควบคุม กิจกรรมการควบคุมเป็นการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในนโยบายและกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้มั่นใจว่า การปฏิบัติตามคำสั่งการของฝ่ายบริหารจะลดหรือควบคุมความเสี่ยงให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ กิจกรรมการควบคุมควรได้รับการนำไปปฏิบัติทั่วทุกระดับของหน่วยงานของรัฐ ในกระบวนการปฏิบัติงาน ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน 4. สารสนเทศและการสื่อสาร สารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับหน่วยงานของรัฐ ที่จะช่วยให้มีการดำเนินการตามการควบคุมภายในที่กำหนด เพื่อสนับสนุนให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ การสื่อสารเกิดขึ้นได้ทั้งจากภายในและภายนอก และเป็นช่องทางเพื่อให้ทราบถึงสารสนเทศที่สำคัญในการควบคุมการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐ การสื่อสารจะช่วยให้บุคลากรในหน่วยงานมีความเข้าใจถึงความรับผิดชอบและความสำคัญของการควบคุมภายในที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ 5. กิจกรรมการติดตามผล กิจกรรมการติดตามผลเป็นการประเมินผลระหว่างการปฏิบัติงาน การประเมินผลเป็นรายครั้ง หรือเป็นการประเมินผลทั้งสองวิธีร่วมกัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามหลักการในแต่ละองค์ประกอบของการควบคุมภายในทั้ง 5 องค์ประกอบ กรณีที่ผลการประเมินการควบคุมภายในจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยงานของรัฐ ให้รายงานต่อฝ่ายบริหาร และผู้กำกับดูแล อย่างทันเวลา

	การจัดทำรายงานการติดตามผลระบบการควบคุมภายใน กำหนดให้ใช้แบบรายงานตามมาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ กระทรวงการคลัง ปี 2561 หน่วยงานย่อย ของหน่วยงานของรัฐ จัดทำและรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในให้หน่วยงานของรัฐ แบบ ปค. 4 (หน่วยงานย่อย) แบบ ปค. 5 (หน่วยงานย่อย) รวบรวมเป็นรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในระดับองค์กร รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานของรัฐ ดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงานของรัฐและจัดส่ง แบบ ปค. 1 แบบ ปค. 4 แบบ ปค. 5 แบบ ปค.6 ให้หน่วยงานรัฐต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี คำจำกัดความเฉพาะ หน่วยงานของรัฐ หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐตามคำนิยามในหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 (ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป) หน่วยงานย่อย หมายถึง ส่วนงานภายใต้หน่วยงานของรัฐ ตามโครงสร้างงาน ได้แก่กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/แผนก ต่างๆ ของหน่วยงานของรัฐนั้นๆ รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล												
เกณฑ์การประเมินหน่วยงานของรัฐ (สสจ./สสอ./รพ.)	การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยรับตรวจต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1-5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงานหน่วยงานของรัฐ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานของรัฐ และทุกหน่วยงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561</td></tr> <tr> <td>3</td><td>การจัดทำรายงานระดับหน่วยงานของรัฐ (ระดับองค์กร) แบบ ปค.1 แบบ ปค.4 แบบ ปค.5 แบบ ปค.6 และหน่วยงานย่อย แบบ ปค.4 (หน่วยงานย่อย) แบบ ปค.5 (หน่วยงานย่อย) และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ได้ครบถ้วนและถูกต้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ ตามโครงสร้างหน่วยงานของรัฐ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน	1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงานหน่วยงานของรัฐ	2	มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานของรัฐ และทุกหน่วยงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561	3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยงานของรัฐ (ระดับองค์กร) แบบ ปค.1 แบบ ปค.4 แบบ ปค.5 แบบ ปค.6 และหน่วยงานย่อย แบบ ปค.4 (หน่วยงานย่อย) แบบ ปค.5 (หน่วยงานย่อย) และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ได้ครบถ้วนและถูกต้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ ตามโครงสร้างหน่วยงานของรัฐ	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน												
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงานหน่วยงานของรัฐ												
2	มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานของรัฐ และทุกหน่วยงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561												
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยงานของรัฐ (ระดับองค์กร) แบบ ปค.1 แบบ ปค.4 แบบ ปค.5 แบบ ปค.6 และหน่วยงานย่อย แบบ ปค.4 (หน่วยงานย่อย) แบบ ปค.5 (หน่วยงานย่อย) และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ได้ครบถ้วนและถูกต้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561												
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ ตามโครงสร้างหน่วยงานของรัฐ												
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ												

เกณฑ์การประเมิน หน่วยงานย่อย (รพ.สต./กลุ่มงาน/ งาน/ฝ่ายฯ)	การผ่านเกณฑ์แต่ละส่วนงานย่อยต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายใน ตั้งแต่ระดับที่ 1-5 จึงจะผ่านเกณฑ์ การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน			
	1	มีผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบ ควบคุมภายใน ร่วมกับคณะทำงานของหน่วยงานของรัฐ			
	2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย และดำเนินการ ถูกต้องตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการ ควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561			
	3	มีการจัดทำรายงานระดับหน่วยงานย่อย แบบ ปค.4 (หน่วยงานย่อย) แบบ ปค.5 (หน่วยงานย่อย) และแล้วเสร็จส่งภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุม ภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561			
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน			
	5	ได้รับการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด และมีการ ปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง โรงพยาบาล 9 แห่ง				
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
วิธีการประเมิน	ใช้การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลรอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2561 (เกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดปี 2561) และการ ดำเนินงาน – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลรอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2562 ตุลาคม 2561 – มีนาคม 2562				
ระดับจังหวัด	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานของรัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินระบบการควบคุมภายใน				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานของรัฐทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ได้รับการ ประเมินระบบการควบคุมภายใน				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	จำนวนร้อยละของหน่วยรับตรวจที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 65			
	2	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 70			
	3	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 75			
	4	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 80			
	5	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 85			
ระดับ คปสอ.	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ.				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานของรัฐผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ.				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานของรัฐ ของ คปสอ.				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ. แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้						
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	0	หน่วยงานของรัฐ ของ คปสอ. (รพ./สสอ.) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ทั้ง 2 แห่ง					
	3	หน่วยงานของรัฐของ คปสอ. (รพ./สสอ.) ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน 1 แห่ง					
5	หน่วยงานของรัฐของ คปสอ. (รพ./สสอ.) ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ทั้ง 2 แห่ง						
ระดับ รพ.สต.	ร้อยละคะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย						
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย						
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย						
สูตรคำนวณ							
เกณฑ์การให้คะแนน ส่วนงานย่อย ระดับ รพ.สต./ กลุ่มงาน/งาน/ฝ่ายฯ	จำนวนร้อยละคะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้						
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย ร้อยละ 60					
	2	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย ร้อยละ 65					
	3	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย ร้อยละ 70					
	4	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย ร้อยละ 75					
	5	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย ร้อยละ 80					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2559	2560	2561	
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน		ร้อยละ	-	73.68	84.21	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลคะแนน	
						รพ.	สสอ.
	1	หนองคาย	2	1	50	5	4
	2	ท่าบ่อ	2	2	100	5	5
	3	โพนพิสัย	2	2	100	5	5
	4	ศรีเชียงใหม่	2	1	50	3	5
	5	สังคม	2	1	50	5	5
	6	สระใคร	2	2	100	5	5
	7	เผ่าไร่	2	1	50	5	5
	8	รัตนวาปี	2	1	50	4	5
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100	5	5
		รวม	18	15	83.33		
		รวม คปสอ.	9	6	66.67		
		หน่วยรับตรวจ	19	14	84.21		

เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ 2. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ 3. ผังโครงสร้างหน่วยงาน/คำสั่งการมอบหมายภารกิจงาน/ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ของหน่วยงาน 4. การประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน/การประเมินแบบสอบถามการควบคุมภายใน 5. การวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงกระบวนการของหน่วยงาน ของหน่วยงาน 6. รายงานการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบบ ปย.1, ปย.2, (ปย.2 ติดตาม) 7. รายงานการควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ แบบ ปอ.1,ปอ.2,ปอ.3,(ปอ.3 ติดตาม) และ ปส. 8. การแจ้งเวียน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน 9. แผนการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน 10. สรุปรายงานผลการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	
ผู้รับผิดชอบ	1. นายสมศักดิ์ โคตรชมพู	โทร. 08 5927 9982, 09 1421 1645
	2. นายชัยมงคล ชัยสว่าง	โทร. 08 1260 7907
	งานควบคุมภายใน ฝ่ายบริหารทั่วไป สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 124, 134

ตัวชี้วัดที่ 70/54/-	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อให้บรรลุเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้ง คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) และ คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (FAI) ในการบริหารจัดการ พัฒนาประสิทธิภาพและเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลและคณะกรรมการมีการประชุมและวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง เดือนละ 1 ครั้ง ภายใต้ประเด็นดังต่อไปนี้ (1) สภาวะสมดุลของรายรับรายจ่ายเงินบำรุง (เปรียบเทียบผลการกำกับติดตามการดำเนินงานกับแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย) (2) ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ได้แก่ ค่าตอบแทนประเภทต่างๆ (3) ผลการวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดทางการเงิน 7 ตัว, FAI, HGR และ Unit Cost (4) รายงานการประชุม เพื่อเสนอแนวทาง/แผนการปรับปรุงและแก้ไข/ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 มีแผนประมาณการรายได้-รายจ่าย และแผนเงินบำรุงที่สอดคล้องกับนโยบายเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (เพิ่มรายได้-ลดรายจ่าย+ไม่ลงทุนเกิน 20% EBITDA) ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินงานตามมาตรการในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงาน ดังนี้ - จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้, มีคณะกรรมการรับผิดชอบ, มีเครื่องมือ/กระบวนการควบคุม กำกับดำเนินงานและรายงานผลดำเนินงานทุกกองทุน/ทุกเดือน - ควบคุมค่าใช้จ่ายในหมวดต่างๆ และต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ - มีระบบติดตามการดำเนินงาน เช่น ระบบรายงานการรับรู้ลูกหนี้/เจ้าหนี้ที่ได้มาตรฐาน ระบบรายงานการจ่าย มีการส่งงบทดลองและข้อมูลบริการสุขภาพทันตามกำหนด ตามรอบส่งข้อมูล กรณีมีภาวะวิกฤติการเงินการคลัง ต้องมีแผนปรับปรุงพัฒนา และรายงานผลการแก้ไข ปัญหาทางการเงินการคลังตามประเด็นที่เฝ้าระวัง - มีการรายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน และข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง ต่อ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน ขั้นตอนที่ 4 ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน : ปัญหาการเงิน 7 ระดับ หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย - Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน - Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน - Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน - ทุนสำรองสุทธิ (Net working Capital) ติดลบ = 1 คะแนน - ผลประกอบการ (NI+Depreciation) ขาดทุน = 1 คะแนน - ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน

	เกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง		
	ข้อ	เรื่อง	คะแนน
		ด้านกระบวนการ	(43)
	1	ส่งงบทดลอง ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป	2
	2	คะแนนคุณภาพรายงานการเงินอิเล็กทรอนิกส์ (แม่ข่าย 100 คะแนน ลูกข่าย 50 คะแนน)	3
	3	จัดเก็บรายได้ $\geq$ แผนประมาณการ (planfin)	3
	4	ควบคุมค่าใช้จ่าย $\leq$ แผนประมาณการ (planfin)	3
	5	คะแนน FAI ในช่วงเวลาที่ประเมิน 4 ด้าน แต่ละด้านคะแนน $\geq 90\%$ (GFMIS/บัญชี/FM/ Unit Cost)	8
	6	ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (7 Efficiency plus) (7 ตัวชี้วัด)	14
	7	อัตราครองเตียง $> 80\%$	2
	8	SumAdjustRW $\geq$ ประมาณการเฉลี่ย/เดือนของผลงานปีที่แล้ว $\pm 20\%$	2
	9	Unit cost OP/IP ผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม	4
	10	สัดส่วนของต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป) ต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาลผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม	2
		ด้านผลลัพธ์ : ภาวะวิกฤติทางการเงิน	(7)
		Current Ratio $> 1.5 = 1$ คะแนน	1
		Quick Ratio $> 1.0 = 1$ คะแนน	1
		Cash Ratio $> 0.8 = 1$ คะแนน	1
		ทุนสำรองสุทธิ (Net working Capital) ไม่ติดลบ = 1 คะแนน	1
		ผลประโยชน์ (NI+Depreciation) ไม่ขาดทุน = 1 คะแนน	1
		ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย > 3 เดือน = 2 คะแนน	2
		รวม	50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย		
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ไม่มีหน่วยบริการมีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (นับหน่วยบริการที่มีคะแนนด้านผลลัพธ์ : ภาวะวิกฤติทางการเงิน = 0) ระดับ คปสอ. : หน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 90		
วิธีการประเมิน	ประเมินกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอน และผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมิน		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561 (สิ้นสุดไตรมาสที่ 1) รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – มิถุนายน 2562 (สิ้นสุดไตรมาสที่ 3)		
ระดับ จังหวัด	ไม่มีหน่วยบริการมีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน ใช้เกณฑ์ผลการดำเนินงาน ภาวะวิกฤติทางการเงิน	
	0	หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ตั้งแต่ 1 แห่งขึ้นไป	
	5	ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7	
ระดับ คปสอ.	หน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 90		
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวัง		
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังทั้งหมด (50 คะแนน)		
สูตรคำนวณ	(A/B) $\times 100$		

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 50			
	2	หน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 60			
	3	หน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 70			
	4	หน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 80			
	5	หน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 90			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2559	2560
				2561	
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (Financial Administration Index :FAI) $\geq$ ร้อยละ 80		ร้อยละ	83.33	66.67
	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ($\leq$ ร้อยละ 4)		ร้อยละ	22.22	33.33
	ผลการดำเนินงาน : ระดับวิกฤติทางการเงิน ปีงบประมาณ 2561				
	หน่วยงาน	ระดับวิกฤติทางการเงิน ปีงบประมาณ 2561			
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	หนองคาย,รพท.	0	0	0	0
	ท่าบ่อ,รพร.	6	6	5	4
	โพนพิสัย,รพช.	2	0	1	0
	ศรีเชียงใหม่,รพช.	3	4	7	7
	สังคม,รพช.	6	2	4	7
	สระใคร,รพช.	0	0	0	5
	เผ่าไร่,รพช.	1	2	0	1
	รัตนวาปี,รพช.	0	0	0	1
	โพธิ์ตาก,รพช.	6	1	7	7
	จำนวนหน่วยงานมีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7	0	0	2	3
	ร้อยละหน่วยงานมีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7	0.00	0.00	22.22	33.33
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) และคณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (FAI) ในหน่วยงาน				
	2. รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) และคณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (FAI) ในโรงพยาบาล				
	3. แผนประมาณการรายได้-รายจ่าย (planfin) และแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน เทียบกับรายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)				
	4. รายงาน/สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง				
	5. รายงานคุณภาพรายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)				
	6. รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการ จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)				
ผู้รับผิดชอบ	นางอัญชลีพร วุฒิเป็ก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (เลขาฯ CFO จังหวัด)		โทร. 08-8563-9863		
	นางชญาภา อุปดิษฐ์ งานตรวจสอบภายใน (planfin/แผนเงินบำรุง)		โทร. 09-7924-5469		
	นางเกษศิริ เจือจันทิก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (FAI, unit cost)		โทร. 08-9678-6956		
	นายคัมภีร์ วงศ์เขียว กลุ่มงานประกันสุขภาพ (RCM)		โทร. 08-9861-1597		
	นางจิตทิพ ดาวภคพันธ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ศูนย์จัดเก็บรายได้)		โทร. 08-9711-6536		
	นางอมร ระวีวรรณ งานตรวจสอบภายใน		โทร.08-9712-6466		
	นางอุดมศรี แสงสว่าง งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)		โทร. 08-6855-7922		
	นางอัจฉริยา วรเสนีย์ งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)		โทร. 08-8573-3263		

ตัวชี้วัดที่ 71/55/27	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป																																																																																																																																																																																																																																																																								
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																																																																								
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																																																																								
คำอธิบาย	หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับโรงพยาบาล 1. การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 2. การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป 3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป 4. ส่งรายงานการนำเข้าข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (บข.11) ให้ สสจ. ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป เพื่อนำเข้าระบบ GFMS เกณฑ์การให้คะแนนระดับโรงพยาบาล <table><tr><th>รายการตรวจสอบ</th><th>จำนวนข้อ</th><th>N1</th><th>N2</th><th>N3</th><th>Free</th><th>คะแนนเต็ม</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr><tr><td>1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย</td><td>21</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>42</td><td>0</td></tr><tr><td>1.3 ตรวจสอบยอดคงเหลือเงินฝากธนาคารนอกงบประมาณ-รอการจัดสรร</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร-วัตถุประสงค์</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.5 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>1.6 ตรวจสอบยอดเงินสด/เงินฝากธนาคารงบประมาณ กับ บข.11</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.1 Electronic File</td><td>14</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี</td><td>14</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้</td><td>14</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้</td><td>38</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>76</td><td>0</td></tr><tr><td>2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้</td><td>13</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>26</td><td>0</td></tr><tr><td>2.7 ค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>3. วัสดุคงเหลือ</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>12</td><td>0</td></tr><tr><td>4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ</td><td>11</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>22</td><td>0</td></tr><tr><td>6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี</td><td>14</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>6.2 Electronic File</td><td>14</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>7. ค่าใช้จ่าย</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>10</td><td>0</td></tr><tr><td>8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองที่มีค่าสุทธิไม่ติดด้าน</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>9. เอกสารการลงบัญชี</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>ผลรวมคะแนน 180 ข้อ</td><td>180</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>360</td><td>0</td></tr><tr><td>รวมคะแนนทั้งหมด</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>N=(n1+n2+n3)</td><td>#DIV/0!</td></tr><tr><td colspan="5">คิดเป็นร้อยละ</td><td>360</td><td>360 คะแนน=100%</td><td></td></tr><tr><td colspan="5"></td><td></td><td>N คะแนน =100*(R33)/(P34)</td><td></td></tr></table> เกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ของโรงพยาบาล <table><tr><th>คะแนนดิบ</th><th>ผล</th><th>คะแนน</th><th>ช่วงคะแนน</th></tr><tr><td>90-100</td><td>ดีมาก</td><td>A</td><td>คะแนนดิบ 322 - 360</td></tr><tr><td>80-89.99</td><td>ดี</td><td>B</td><td>คะแนนดิบ 285 - 321</td></tr><tr><td>70-79.99</td><td>พอใช้</td><td>C</td><td>คะแนนดิบ 249 - 284</td></tr><tr><td>60-69.99</td><td>ปรับปรุง</td><td>D</td><td>คะแนนดิบ 213 - 248</td></tr><tr><td>0-59.99</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>F</td><td>คะแนนดิบ 0 - 212</td></tr></table>	รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1	N2	N3	Free	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร								1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1	0	0	0	0	2	0	1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย	21	0	0	0	0	42	0	1.3 ตรวจสอบยอดคงเหลือเงินฝากธนาคารนอกงบประมาณ-รอการจัดสรร	1	0	0	0	0	2	0	1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร-วัตถุประสงค์	1	0	0	0	0	2	0	1.5 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร	2	0	0	0	0	4	0	1.6 ตรวจสอบยอดเงินสด/เงินฝากธนาคารงบประมาณ กับ บข.11	2	0	0	0	0	4	0	2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น								2.1 Electronic File	14	0	0	0	0	28	0	2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	0	0	0	0	28	0	2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14	0	0	0	0	28	0	2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1	0	0	0	0	2	0	2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	38	0	0	0	0	76	0	2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้	13	0	0	0	0	26	0	2.7 ค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ	1	0	0	0	0	2	0	2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์	1	0	0	0	0	2	0	3. วัสดุคงเหลือ	6	0	0	0	0	12	0	4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์	3	0	0	0	0	6	0	5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ	11	0	0	0	0	22	0	6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น								6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	0	0	0	0	28	0	6.2 Electronic File	14	0	0	0	0	28	0	7. ค่าใช้จ่าย	5	0	0	0	0	10	0	8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองที่มีค่าสุทธิไม่ติดด้าน	1	0	0	0	0	2	0	9. เอกสารการลงบัญชี	2	0	0	0	0	4	0	ผลรวมคะแนน 180 ข้อ	180	0	0	0	0	360	0	รวมคะแนนทั้งหมด	0				0	N=(n1+n2+n3)	#DIV/0!	คิดเป็นร้อยละ					360	360 คะแนน=100%								N คะแนน =100*(R33)/(P34)		คะแนนดิบ	ผล	คะแนน	ช่วงคะแนน	90-100	ดีมาก	A	คะแนนดิบ 322 - 360	80-89.99	ดี	B	คะแนนดิบ 285 - 321	70-79.99	พอใช้	C	คะแนนดิบ 249 - 284	60-69.99	ปรับปรุง	D	คะแนนดิบ 213 - 248	0-59.99	ไม่ผ่าน	F	คะแนนดิบ 0 - 212
รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1	N2	N3	Free	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้																																																																																																																																																																																																																																																																		
1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร																																																																																																																																																																																																																																																																									
1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย	21	0	0	0	0	42	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
1.3 ตรวจสอบยอดคงเหลือเงินฝากธนาคารนอกงบประมาณ-รอการจัดสรร	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร-วัตถุประสงค์	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
1.5 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร	2	0	0	0	0	4	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
1.6 ตรวจสอบยอดเงินสด/เงินฝากธนาคารงบประมาณ กับ บข.11	2	0	0	0	0	4	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น																																																																																																																																																																																																																																																																									
2.1 Electronic File	14	0	0	0	0	28	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	0	0	0	0	28	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14	0	0	0	0	28	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	38	0	0	0	0	76	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้	13	0	0	0	0	26	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2.7 ค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
3. วัสดุคงเหลือ	6	0	0	0	0	12	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์	3	0	0	0	0	6	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ	11	0	0	0	0	22	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น																																																																																																																																																																																																																																																																									
6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	0	0	0	0	28	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
6.2 Electronic File	14	0	0	0	0	28	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
7. ค่าใช้จ่าย	5	0	0	0	0	10	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองที่มีค่าสุทธิไม่ติดด้าน	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
9. เอกสารการลงบัญชี	2	0	0	0	0	4	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
ผลรวมคะแนน 180 ข้อ	180	0	0	0	0	360	0																																																																																																																																																																																																																																																																		
รวมคะแนนทั้งหมด	0				0	N=(n1+n2+n3)	#DIV/0!																																																																																																																																																																																																																																																																		
คิดเป็นร้อยละ					360	360 คะแนน=100%																																																																																																																																																																																																																																																																			
						N คะแนน =100*(R33)/(P34)																																																																																																																																																																																																																																																																			
คะแนนดิบ	ผล	คะแนน	ช่วงคะแนน																																																																																																																																																																																																																																																																						
90-100	ดีมาก	A	คะแนนดิบ 322 - 360																																																																																																																																																																																																																																																																						
80-89.99	ดี	B	คะแนนดิบ 285 - 321																																																																																																																																																																																																																																																																						
70-79.99	พอใช้	C	คะแนนดิบ 249 - 284																																																																																																																																																																																																																																																																						
60-69.99	ปรับปรุง	D	คะแนนดิบ 213 - 248																																																																																																																																																																																																																																																																						
0-59.99	ไม่ผ่าน	F	คะแนนดิบ 0 - 212																																																																																																																																																																																																																																																																						

หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับสาธารณสุขอำเภอ			
1. การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย			
(1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน			
(5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี			
(7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท			
2. การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป			
3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 20 ของเดือน			
เกณฑ์การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชี สาธารณสุขอำเภอ			
รายการตรวจสอบ		คะแนน	หมายเหตุ
1. งบทดลอง		1	ตามเอกสารประกอบการประเมิน
2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)		2	
3. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร		1	
4. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร		1	
5. รายงานวัสดุคงคลัง		1	
6. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม/สัญญาเช่า		2	
7. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร		1	
8. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา hfo.cfo.in.th		1	
ผลรวม		10	
รายละเอียดประกอบการให้คะแนนประเมินสาธารณสุขอำเภอ			
แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	1. งบทดลอง	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน	1
	2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับ งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารและ บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	2
	3. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร (ทุกธนาคาร)	3. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวันและ งบทดลอง	1
2. รายงานวัสดุคงคลัง	4. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร (Print MPI)		
	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง ถูกต้อง ตรงกับ รายงานวัสดุคงคลังประจำเดือน และกับงบทดลอง	1
	2. รายงานวัสดุคงคลังรายเดือน (มีการลงนามรับรอง)		
3. รายงานลูกหนี้เงินยืม	3. งบทดลอง		
	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ถูกต้องตรงกับ งบทดลอง และมีเอกสารสัญญา-เงินยืมครบตามทะเบียนคุม	1
	2. งบทดลอง	2. มีการบันทึกรายการการส่งใช้เงินยืม ครบถ้วน	1
4. รายงานทรัพย์สินถาวร	3. หนังสือติดตามทวงถามลูกหนี้เงินยืม (ถ้ามี)		
	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์	1. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน ตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI)	1
	2. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI)	2. ทะเบียนค่าเสื่อมราคาตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) และงบทดลอง	1
5. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา (hfo.cfo.in.th)	3. ทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน (ประจำเดือน)		
	1. รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองตรงเวลา ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป	1
รวมทั้งสิ้น			10
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้			
คุณภาพบัญชีระดับ A = 9-10 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 5			
คุณภาพบัญชีระดับ B = 7-8 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 4			
คุณภาพบัญชีระดับ C = 5-6 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3			
คุณภาพบัญชีระดับ D = 3-4 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 2			
คุณภาพบัญชีระดับ F = 1-2 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 1			

หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ รพ.สต.

1. การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย
 - (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท
2. มีการประชุมร่วมกับแม่ข่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นประจำทุกเดือน
3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน

เกณฑ์การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายการตรวจสอบ	คะแนน	หมายเหตุ
1. งบทดลอง	1	ดูรายละเอียดประกอบกรให้คะแนน
2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1	
3. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารทุกธนาคาร	1	
4. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	1	
5. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	0.5	
6. รายงานวัสดุคงคลัง	1	
7. ทะเบียนคุมเงินยืม/สัญญายืม	1	
8. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร/รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) และทะเบียนคุมค่าเสื่อม	2	
9. ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก	1	
10. ส่งงบทดลองทันเวลา hfo.cfo.in.th	0.5	
รวมคะแนน 10 ข้อ	10	

รายละเอียดประกอบการให้คะแนนประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	1. งบทดลอง 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 3. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร (ทุกธนาคาร) 4. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร (Print MPI) 5. ทะเบียนคุมเงินฝากธนาคาร	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับ งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารและ บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร 3. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน และ งบทดลอง	1 2 1
2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	1. ใบเสร็จรับเงิน 2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	1. การออกใบเสร็จรับเงินถูกต้อง ครบถ้วน ตรงกับทะเบียนคุมใบเสร็จ	0.5
3. รายงานวัสดุคงคลัง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง 2. รายงานวัสดุคงคลังรายเดือน (มีการลงนามรับรอง) 3. งบทดลอง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง ถูกต้อง ตรงกันกับ รายงานวัสดุคงคลังประจำเดือน และกับงบทดลอง	1
4. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม 2. งบทดลอง 3. หนังสือติดตามทวงถามลูกหนี้เงินยืม (ถ้ามี)	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ถูกต้องตรงกับ งบทดลอง และมีเอกสารสัญญา-เงินยืมครบตามทะเบียนคุม	1
5. รายงานทรัพย์สินถาวร	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ 2. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 3. ทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน (ประจำเดือน)	1. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน ตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 2. ทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) และงบทดลอง	1 1
6. ทะเบียนคุมหลักฐานการขอเบิก	1. ทะเบียนคุมเอกสารคำขอเบิก 2. เอกสารการขอเบิก (สุ่มตรวจ 5 รายการ)	1. ตรวจสอบทะเบียนคุมมีการลงนามครบถ้วน 2. สุ่มตรวจเอกสารอย่างน้อย 5 รายการตามทะเบียนคุม	0.5 0.5
7. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา (hfo.cfo.in.th)	1. รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองตรงเวลา ภายในวันที่ 25 ของเดือนถัดไป	0.5
รวมทั้งสิ้น			10

	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5. ระดับ ดังนี้ คุณภาพบัญชีระดับ A = 9-10 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 5 คุณภาพบัญชีระดับ B = 7-8 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 4 คุณภาพบัญชีระดับ C = 5-6 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3 คุณภาพบัญชีระดับ D = 3-4 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 2 คุณภาพบัญชีระดับ F = 1-2 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 1					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. : หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป					
วิธีการประเมิน	1. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัด 2. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับเขต					
ระยะเวลาประเมินผล	สสอ./รพ.สต. : ข้อมูลประจำเดือน มกราคม 2562, มิถุนายน 2562 โรงพยาบาลทุกแห่ง : ข้อมูลประจำเดือน มกราคม 2562, พฤษภาคม 2562					
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป					
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				
ระดับ รพ.สต.	ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต. (รพ./สสอ./รพ.สต.)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คุณภาพบัญชีระดับ F				
	2	คุณภาพบัญชีระดับ D				
	3	คุณภาพบัญชีระดับ C				
	4	คุณภาพบัญชีระดับ B				
	5	คุณภาพบัญชีระดับ A				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป		ร้อยละ	100	100	100

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561							
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน ระดับ			ร้อยละ	
				รพ.	สสอ.	รพ.สต.		
						A		B
	1	หนองคาย	19	A	A	17	-	100
	2	ท่าบ่อ	12	A	A	10	-	100
	3	โพนพิสัย	17	A	A	15	-	100
	4	ศรีเชียงใหม่	8	A	A	6	-	100
	5	สังคม	7	B	A	5	-	100
	6	สระใคร	5	A	A	3	-	100
	7	เผ่าไร่	9	A	A	7	-	100
	8	รัตนวาปี	8	B	A	6	-	100
	9	โพธิ์ตาก	7	A	B	-	5	100
		รวมระดับ B ขึ้นไป	92	9	9	69	5	100
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งตั้งแต่คณะทำงานพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องทางบัญชี 2. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานตามไตรมาส 3. แผนงาน/โครงการ ควบคุม กำกับ ติดตาม พัฒนาระบบคุณภาพบัญชี 4. แสดงการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย 4.1 ระดับ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 4.2 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4.2.1 การบันทึกบัญชีขั้นต้น (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) ใบโอน (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานเทียบยอดเงินฝากธนาคาร							
ผู้รับผิดชอบ	นางอุดมศรี แสงสว่าง				โทร. 08 6855 7922			
	นางสาวอริญา มีลาน				โทร. 09 8175 7142			
	นางอัจฉริยา วรเสนีย์				โทร. 08 8573 3263			
	นางสาวจิระวรรณ ศรีอัคราช				โทร. 08 8068 4106			
	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สสจ.หนองคาย				โทร. 0 4241 3233 ต่อ 113, 135			

มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 72/56/28	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพ มีศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง เชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อดูภาระงานของ ผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ใช้ประโยชน์ได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความจำเป็น โดยไม่เป็นภาระมากเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ โดยกำหนดแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลไว้ดังนี้ 1. กำหนดนโยบายและทิศทางการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ 2. บูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนการนำเอาข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการวางแผนทางยุทธศาสตร์ในทุกกระดับ - 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 เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง 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 ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ 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	ข้อมูลจาก Health Data Center/ website สปสช.ส่วนกลาง/website สสจ.หนองคาย																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2561-เดือนกุมภาพันธ์ 2562 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2562 รอบที่ 2 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2561-เดือนกรกฎาคม 2562 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2562																						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น																						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด																						
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>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 60	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 70	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 80	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 90	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 100										
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 60																						
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 70																						
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 80																						
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น ร้อยละ 90																						
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น 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 ระดับดีขึ้น เกณฑ์การจัดระดับหน่วยบริการ <table> <tbody> <tr> <td>ดีมาก</td><td>หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป</td></tr> <tr> <td>ดี</td><td>หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป</td></tr> <tr> <td>ปานกลาง</td><td>หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 70 ขึ้นไป</td></tr> <tr> <td>พอใช้</td><td>หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 60 ขึ้นไป</td></tr> <tr> <td>ปรับปรุง</td><td>หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้น้อยกว่าร้อยละ 60</td></tr> </tbody> </table> เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ ความทันเวลา 10+ความถูกต้อง 10+ความครบถ้วน 80 = 100 (เทียบเกณฑ์การจัดระดับ) 1) ความทันเวลา 10 คะแนน หน่วยบริการ - ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกสัปดาห์ (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2561-เดือนกุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2561-เดือนกรกฎาคม 2562) คะแนนส่งชุดข้อมูลตามเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่ง} \times 10}{\text{จำนวนสัปดาห์ที่กำหนดต้องส่ง}}$	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)	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
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)																						
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																						

	2) ความถูกต้อง 10 คะแนน - ใช้คุณภาพข้อมูล OP/PP ที่ตรวจโดย สปสช. เป็นตัวแทนความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ทุกแฟ้มข้อมูลที่ สปสช. กำหนดให้ส่งและตรวจสอบความถูกต้อง - ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินยึดวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช. (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2561-เดือนกุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2561-เดือนกรกฎาคม 2562) $\text{คะแนน} = \frac{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่มีความถูกต้อง} \times 10}{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่ส่งทั้งหมด}}$ 3) ความครบถ้วน 80 คะแนน ประเมินความครอบคลุมโดยใช้ผลงาน QOF ปี 2562 - ข้อมูลที่นำมาประเมิน Cockpit สสจ.หนองคาย (รอบที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2562) (รอบที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2562) 3.1 ร้อยละประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (5 คะแนน) <table border="1" data-bbox="523 761 1305 972"> <thead> <tr> <th>ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</td><td>5</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50</td><td>4</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50</td><td>2</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> 3.2 ร้อยละประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง (5 คะแนน) <table border="1" data-bbox="523 1041 1305 1301"> <thead> <tr> <th>ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</td><td>5</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50</td><td>4</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50</td><td>2</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> 3.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (10 คะแนน) <table border="1" data-bbox="523 1370 1311 1632"> <thead> <tr> <th>หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70</td><td>5</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67.50</td><td>4</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50</td><td>2</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> 3.4 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปีภายใน 5 ปี (10 คะแนน) <table border="1" data-bbox="523 1747 1305 2009"> <thead> <tr> <th>ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65</td><td>5</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.75</td><td>4</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.50</td><td>3</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 58.25</td><td>2</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน	คะแนนที่ได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1	ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1	หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	คะแนนที่ได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	5	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67.50	4	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.00	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	1	ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	คะแนนที่ได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	5	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.75	4	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.50	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 58.25	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56	1
ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน	คะแนนที่ได้																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1																																																
ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1																																																
หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	คะแนนที่ได้																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	5																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67.50	4																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.00	3																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50	2																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	1																																																
ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	คะแนนที่ได้																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	5																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.75	4																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.50	3																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 58.25	2																																																
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56	1																																																

3.5 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) (5 คะแนน)

ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	คะแนนที่ได้
น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20	5
ร้อยละ 20.01-30.00	3
ร้อยละ 30.01-40.00	1
มากกว่า ร้อยละ 40	0

3.6 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection) (5 คะแนน)

ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	คะแนนที่ได้
น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20	5
ร้อยละ 20.01-30.00	3
ร้อยละ 30.01-40.00	1
มากกว่า ร้อยละ 40	0

3.7 อัตราการลดลงของการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และ ความดันโลหิตสูง (HT) (10 คะแนน)

อัตราการลดลงของการนอนโรงพยาบาล	คะแนนที่ได้
ลดลง ≥ 7.43	5
ลดลง 7.22	4
ลดลง 7.01	3
ลดลง 6.80	2
ลดลง 6.59	1

3.8 อัตราการเปลี่ยนแปลงระยะของ CKD จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4 (10 คะแนน)

ร้อยละค่า eGFR จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4	คะแนนที่ได้
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10	5
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11	4
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 12	3
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13	2
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 14	1

3.9 ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ (10 คะแนน)

ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้าน	คะแนนที่ได้
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 97	5
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 94	4
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 91	3
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88	2
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	1

	3.10 ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (10 คะแนน)				
	ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม			คะแนนที่ได้	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.16			5	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.37			4	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.58			3	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.79			2	
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7			1	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
					2559	2560	2561
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป			ร้อยละ	-	84.88	84.88
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	1	หนองคาย	20	15	75.00		
	2	ท่าบ่อ	11	10	90.90		
	3	โพนพิสัย	16	16	100.0		
	4	ศรีเชียงใหม่	7	4	57.14		
	5	สังคม	6	5	83.33		
6	สระใคร	4	3	75.00			
7	เผ่าไร่	8	8	100.0			
8	รัตนวาปี	7	5	71.43			
9	โพธิ์ตาก	6	6	100.0			
10	พิสัยเวหา	1	1	100.0			
	รวม	86	73	84.88			

คะแนน QOF ปี 2561 (ข้อมูลจาก สปสช.เขต 8 อุดรธานี)						
ชื่อหน่วยบริการ	คัดกรองเบาหวาน			คัดกรองความดันโลหิตสูง		
	10			10		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	86.71	4.00	40	86.13	4.00	40
รพ.โพนพิสัย	89.14	5.00	50	88.92	5.00	50
รพ.ศรีเชียงใหม่	83.05	2.00	20	81.68	2.00	20
รพ.สังคม	85.40	3.00	30	86.44	4.00	40
รพ.ท่าบ่อ	80.29	1.00	10	80.10	1.00	10
รพ.พิสัยเวหา	83.27	3.00	30	83.01	2.00	20
รพ.สระใคร	87.74	4.00	40	86.79	4.00	40
รพ.โพธิ์ตาก	86.59	4.00	40	86.96	4.00	40
รพ.เผ่าไร่	82.61	2.00	20	81.84	2.00	20
รพ.รัตนวาปี	86.27	4.00	40	85.70	3.00	30

ชื่อหน่วยบริการ	ANC ภายใน 12 สัปดาห์			ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
	12			11		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	48.33	0.00	0	48.73	0.00	0
รพ.โพนพิสัย	61.63	1.00	12	69.23	5.00	55
รพ.ศรีเชียงใหม่	56.25	0.00	0	26.85	0.00	0
รพ.สังคม	65.12	3.00	36	71.45	5.00	55
รพ.ร.ท่าบ่อ	59.53	0.00	0	60.65	3.00	33
รพ.พิสัยเวหา	56.10	0.00	0	50.71	0.00	0
รพ.สระใคร	58.68	0.00	0	42.80	0.00	0
รพ.โพธิ์ตาก	46.88	0.00	0	56.20	1.00	11
รพ.เผ้าไร่	57.02	0.00	0	58.53	2.00	22
รพ.รัตนวาปี	53.59	0.00	0	64.39	4.00	44

ชื่อหน่วยบริการ	RDU AD			RDU RI		
	5			5		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	12.68	5.00	25	13.62	5.00	25
รพ.โพนพิสัย	10.08	5.00	25	7.02	5.00	25
รพ.ศรีเชียงใหม่	12.71	5.00	25	8.31	5.00	25
รพ.สังคม	8.80	5.00	25	4.21	5.00	25
รพ.ร.ท่าบ่อ	12.76	5.00	25	12.48	5.00	25
รพ.พิสัยเวหา	7.39	5.00	25	13.96	5.00	25
รพ.สระใคร	8.11	5.00	25	6.86	5.00	25
รพ.โพธิ์ตาก	7.08	5.00	25	4.68	5.00	25
รพ.เผ้าไร่	9.28	5.00	25	10.19	5.00	25
รพ.รัตนวาปี	13.43	5.00	25	12.78	5.00	25

ชื่อหน่วยบริการ	ลดอัตรานอน รพ.Chronic			CKD ระยะ 3B ไป 4		
	10			12		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	38.24	0.00	0	23.24	0.00	0
รพ.โพนพิสัย	126.93	0.00	0	7.41	5.00	60
รพ.ศรีเชียงใหม่	145.06	0.00	0	8.00	5.00	60
รพ.สังคม	-58.56	5.00	50	11.54	3.00	36
รพ.ร.ท่าบ่อ	-86.67	5.00	50	3.95	5.00	60
รพ.พิสัยเวหา	408.52	0.00	0	27.27	0.00	0
รพ.สระใคร	-75.17	5.00	50	9.09	5.00	60
รพ.โพธิ์ตาก	228.24	0.00	0	2.94	5.00	60
รพ.เผ้าไร่	2.41	0.00	0	7.14	5.00	60
รพ.รัตนวาปี	60.28	0.00	0	14.81	0.00	0

ชื่อหน่วยบริการ	ผู้ป่วยเตียง 3,4 ได้เยี่ยมฯ			ทารกแรกเกิด นน.<2500 กรัม		
	15			10		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	98.13	5.00	75	2.82	5.00	50
รพ.โพนพิสัย	98.08	5.00	75	1.08	5.00	50
รพ.ศรีเชียงใหม่	100.00	5.00	75	11.29	0.00	0
รพ.สังคม	100.00	5.00	75	2.90	5.00	50
รพ.ท่าบ่อ	100.00	5.00	75	2.94	5.00	50
รพ.พิสัยเวหา	100.00	5.00	75	2.13	5.00	50
รพ.สระใคร	100.00	5.00	75	2.86	5.00	50
รพ.โพธิ์ตาก	100.00	5.00	75	0.00	5.00	50
รพ.เฝ้าไร่	100.00	5.00	75	1.49	5.00	50
รพ.รัตนวาปี	100.00	5.00	75	3.88	5.00	50
เอกสารอ้างอิง	1. Health Data Center (HDC) และข้อมูลสำรวจ ที่ใช้ในการประเมินผล 2. website สสจ.หนองคาย 3. website สปสช.ส่วนกลาง ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual record) 4. Cockpit จังหวัด/เขตสุขภาพที่ 8					
ผู้รับผิดชอบ	นายสัมพันธ์ บัณฑิตเสน			โทร. 08 5746 8710		
	นายภาสกร ประดับวงศ์			โทร. 08 5924 9926		
	งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 106, 117		

ตัวชี้วัดที่ 73/57/29	ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ 1.1 การวางแผนอัตรากำลัง 1.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร 1.3 บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก 1.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร 1.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร 1.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 2. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรมเป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้ 1. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข 2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ 4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย ชุรการ การเงิน พัสดุ นิติกร ฯลฯ 5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 มาตรา 47 โดยมีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรครอบคลุมรายการกลุ่มเฉลี่ยร้อยละ 85 ของบุคลากรทั้งหมด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดหนองคายทุกระดับ																																																																							
เป้าหมาย	ร้อยละ 90																																																																							
วิธีการประเมิน	รายงาน/HROPS																																																																							
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																																																																							
ระดับจังหวัด/ คปสอ./รพ.สต.	ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด																																																																							
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา																																																																							
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด																																																																							
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																																																																							
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																																																																				
	1	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 45	ร้อยละ 70																																																																				
	2	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75																																																																				
	3	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80																																																																				
	4	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 85																																																																				
	5	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 65	ร้อยละ 90																																																																				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วย วัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th></tr> <tr> <td>ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัด หนองคายได้รับการพัฒนา</td><td>ร้อยละ</td><td>74</td><td>82</td><td>96.55</td></tr> </table> <table border="1"> <caption>ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561</caption> <tr> <th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr> <tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>1063</td><td>998</td><td>93.89</td></tr> <tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>757</td><td>757</td><td>100</td></tr> <tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>276</td><td>276</td><td>100</td></tr> <tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>156</td><td>149</td><td>95.51</td></tr> <tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>183</td><td>178</td><td>97.27</td></tr> <tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>117</td><td>113</td><td>96.58</td></tr> <tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>170</td><td>170</td><td>100</td></tr> <tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>134</td><td>134</td><td>100</td></tr> <tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>91</td><td>78</td><td>85.71</td></tr> <tr> <td></td><td>รวม</td><td>2947</td><td>2853</td><td>96.55</td></tr> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2559	2560	2561	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัด หนองคายได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	74	82	96.55	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	1063	998	93.89	2	ท่าบ่อ	757	757	100	3	โพนพิสัย	276	276	100	4	ศรีเชียงใหม่	156	149	95.51	5	สังคม	183	178	97.27	6	สระใคร	117	113	96.58	7	เฝ้าไร่	170	170	100	8	รัตนวาปี	134	134	100	9	โพธิ์ตาก	91	78	85.71		รวม	2947	2853	96.55
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																						
		2559	2560	2561																																																																				
ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัด หนองคายได้รับการพัฒนา	ร้อยละ	74	82	96.55																																																																				
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																																				
1	หนองคาย	1063	998	93.89																																																																				
2	ท่าบ่อ	757	757	100																																																																				
3	โพนพิสัย	276	276	100																																																																				
4	ศรีเชียงใหม่	156	149	95.51																																																																				
5	สังคม	183	178	97.27																																																																				
6	สระใคร	117	113	96.58																																																																				
7	เฝ้าไร่	170	170	100																																																																				
8	รัตนวาปี	134	134	100																																																																				
9	โพธิ์ตาก	91	78	85.71																																																																				
	รวม	2947	2853	96.55																																																																				

เอกสารอ้างอิง	แผนพัฒนาบุคลากร/รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด : ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด/รายงานการพัฒนาบุคลากรในระบบHROPS	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	โทรศัพท์ : 09 5672 9645 e-mail : vella_max@hotmail.com
	2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	โทรศัพท์ : 08 3415 1965 e-mail : jitnk127@gmail.com
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ. หนองคาย	โทร. 0 4241 1285

ตัวชี้วัดที่ 74/58/30	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายทุกระดับ ที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคล โดยผ่านระบบ Online-based และหน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการพัฒนาองค์การบริหารงาน เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมขององค์กร มีการวิเคราะห์ผลการประเมิน หรือ <u>เป็นหน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ 5 ระดับ</u> ดังนี้ ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ จัดตั้งทีมสร้างสุขในหน่วยงาน ระดับที่ 2 มีการรวบรวมข้อมูล/รับคืนข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจดัชนีความสุขของคนทำงานตามโปรแกรม Happinometer ปีงบประมาณ 2562 จาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ระดับที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากการคืนข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อหา Gap และแนวทางในการจัดทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน พัฒนาทีมสร้างสุขในองค์กร ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคลากรในหน่วยงาน ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน เพื่อพัฒนาความสุขของคนทำงาน หมายเหตุ : ทุกหน่วยงานผ่านระดับความสำเร็จ ระดับ 5 ดำเนินการต่อเนื่องตามเกณฑ์การให้คะแนน “ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้” <u>หมายเหตุในการประเมินเป็นการประเมินต่อเนื่อง</u> หน่วยงานมีระดับความสำเร็จระดับ 5 ร้อยละ 70 แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน หมายถึง แผนงาน กิจกรรม โครงการ ที่เกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลดัชนีความสุขของคนทำงานในหน่วยงาน และจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสุข ตามประเด็นโดยอาศัยหลักความสุข 8 ประการ+1 มิติ ได้แก่ 1) Happy Body สุขภาพดี 2) Happy Relax ผ่อนคลายดี 3) Happy Heart น้ำใจดี 4) Happy Soul จิตวิญญาณดี 5) Happy Family ครอบครัวดี 6) Happy Society สังคมดี 7) Happy Brain ใฝ่รู้ดี และ 8) Happy Money การเงินดี และ Happy Work Life การงานดี เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมขององค์กร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว ยกเว้น จ้างเหมาบริการ ลูกจ้างโครงการ
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ร้อยละ 70 รพ.สต. : 5 ขั้นตอน
วิธีการประเมิน	- แบบสำรวจดัชนีความสุข - การรายงานผล
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 - กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 - กรกฎาคม 2562

ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดในสังกัด	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/ ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 30
	2	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 40
	3	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 50
	4	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 60
	5	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ร้อยละ 70
ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต. (รพ./สสอ.)	รอบที่ 1	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีการชี้แจงแนวทางพร้อมทั้งสื่อสารแผนเสริมสร้างความสุขของหน่วยงานให้บุคลากรรับทราบทุกคน
	2	บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงาน รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน ผ่านแบบฟอร์มออนไลน์
	3	บุคลากรในหน่วยงานตามเป้าหมายประเมินความสุขของคนทำงานรอบที่ 2 ในระบบ ผ่านเว็บไซต์ happinometer.moph.go.th ร้อยละ 60
	4	บุคลากรในหน่วยงานตามเป้าหมายประเมินความสุขของคนทำงานรอบที่ 2 ในระบบ ผ่านเว็บไซต์ happinometer.moph.go.th ร้อยละ 80
	5	บุคลากรในหน่วยงานตามเป้าหมายประเมินความสุขของคนทำงานรอบที่ 2 ในระบบ ผ่านเว็บไซต์ happinometer.moph.go.th ร้อยละ 100
	รอบที่ 2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีผลการประเมินความสุขรอบที่ 2 การชี้แจง ผลการประเมิน พร้อมทั้งสื่อสารให้บุคลากรรับทราบในการปรับเปลี่ยนแผนเสริมสร้างความสุขของหน่วยงานเพื่อสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน
	2	บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนเสริมสร้างความสุขในองค์กร อย่างน้อยร้อยละ 80
	3	รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน ผ่านแบบฟอร์มออนไลน์
	4	ประเมินผลแผนงาน/กิจกรรม
	5	สรุปผลของการดำเนินงานตามเป้าหมายแผนงานเสริมสร้างความสุขของหน่วยงานส่ง สสอ./สสจ. เพื่อค้นหาคำชี้แจงความทุกข์

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																																						
				2559	2560	2561																																																																																				
	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 60		ร้อยละ	-	-	100																																																																																				
ผลการดำเนินงานหน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับ 4 ขึ้นไป ปีงบประมาณ 2561																																																																																										
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย (หน่วยงาน)</td><td>ผลงาน</td><td colspan="3">ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>19</td><td>19</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>12</td><td>12</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>17</td><td>17</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>8</td><td>8</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>7</td><td>7</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5</td><td>5</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>9</td><td>9</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>8</td><td>8</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>7</td><td>7</td><td colspan="3">100</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวท</td><td>NA</td><td>NA</td><td colspan="3">-</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>92</td><td>91</td><td colspan="3">100</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (หน่วยงาน)	ผลงาน	ร้อยละ			1	หนองคาย	19	19	100			2	ท่าบ่อ	12	12	100			3	โพนพิสัย	17	17	100			4	ศรีเชียงใหม่	8	8	100			5	สังคม	7	7	100			6	สระใคร	5	5	100			7	เผ่าไร่	9	9	100			8	รัตนวาปี	8	8	100			9	โพธิ์ตาก	7	7	100			10	พิสัยเวท	NA	NA	-				รวม	92	91	100		
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (หน่วยงาน)	ผลงาน	ร้อยละ																																																																																						
1	หนองคาย	19	19	100																																																																																						
2	ท่าบ่อ	12	12	100																																																																																						
3	โพนพิสัย	17	17	100																																																																																						
4	ศรีเชียงใหม่	8	8	100																																																																																						
5	สังคม	7	7	100																																																																																						
6	สระใคร	5	5	100																																																																																						
7	เผ่าไร่	9	9	100																																																																																						
8	รัตนวาปี	8	8	100																																																																																						
9	โพธิ์ตาก	7	7	100																																																																																						
10	พิสัยเวท	NA	NA	-																																																																																						
	รวม	92	91	100																																																																																						
เอกสารอ้างอิง	1) แผนพัฒนาความสุขของหน่วยงาน 2) สรุปกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 3) คณะทำงานทีมสร้างสุขในองค์กร																																																																																									
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทรศัพท์. : 09 5672 9645 e-mail : vella_max@hotmail.com																																																																																						
	2. นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทรศัพท์. : 08 3415 1965 e-mail : jitnk127@gmail.com																																																																																						
	3. นางสาวชนิษฐา นานองตุม นักวิชาการสาธารณสุข			โทรศัพท์. : 08 2168 9250																																																																																						
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4241 1285																																																																																						

ตัวชี้วัดที่ 75/59/31	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนาได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ หน่วยบริการ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทุกระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) การวิจัย หมายถึง กระบวนการค้นคว้าหาความรู้อย่างมีระบบ เพื่อตอบประเด็นที่สงสัย โดยมีระเบียบวิธีอันเป็นที่ยอมรับในศาสตร์แต่ละศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง Routine to Research (R2R) หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ผลลัพธ์ของ R2R ได้มุ่งหวังเพียงแค่ได้ผลงานวิจัยเท่านั้น แต่มีเป้าหมายที่จะนำผลงานวิจัย R2R ไปใช้พัฒนางานประจำอื่นๆ ด้วย ผลงานวิจัย/R2R หมายถึง ผลงานหรือรายงานการพัฒนางานประจำ ที่ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปี 2562 และไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเอก และไม่เคยนำเสนอ ผลงานวิจัยในงานวิชาการอื่นๆ มาก่อน เริ่มต้นจากปัญหา/คำถามวิจัยที่ได้จากหน้างาน หรืองาน ประจำที่ตนเองทำและรับผิดชอบ ต้องเป็นการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ต้องมีเป้าหมายชัดเจนว่า จะแก้ไขปัญหา/พัฒนา/ต่อยอด/ขยายผล งานที่ทำอยู่อย่างไร ไม่ควรจะเน้นที่งบประมาณในการ ดำเนินการเป็นการเฉพาะมากนัก ควรใช้โอกาสและงบประมาณที่ใช้ทำงานประจำอยู่แล้ว ต้อง เริ่มต้นที่ใจอยากทำ มีทัศนคติที่ดีต่อการทำวิจัย ไม่ควรจะใช้วิธีการบังคับให้ทำ เรียนรู้เพื่อ พัฒนาตนเองและทีมงานในกระบวนการทำ R2R ที่สำคัญต้องไม่เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น องค์ประกอบของR2R โดยมี องค์ประกอบผลงานวิจัยจากงานประจำดังนี้ 1. ชื่องานวิจัย 2. บทคัดย่อ + คำสำคัญ (Abstract + key word) 3. หลักการและเหตุผล(ที่มาและความสำคัญของปัญหาในการศึกษา) 4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5. วิธีและวิธีการ 6. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 8. ขั้นตอนและวิธีการ 9. ผลการวิจัย + สรุปได้ว่า 10. อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ 11. การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานประจำ 12. สิ่งที่ได้เรียนรู้และข้อเสนอแนะ 13. กิตติกรรมประกาศ 14. เอกสารอ้างอิง การดำเนินงานวิจัยและนวัตกรรม หมายถึง การวิจัย/นวัตกรรมทั้งแบบเต็มรูปแบบ และการวิจัยแบบ “การทำงานประจำให้เป็นผลงานวิจัยหรือผลงานวิชาการ : R2R”

	ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากงานวิจัย 2. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงของผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศหรือนานาชาติ 3. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย / R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร 4. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมาย เช่นการอบรม การทำคู่มือ แผ่นพับ เว็บไซต์ การเผยแพร่ผลงานวิจัย หมายถึง การเผยแพร่ผ่านวารสารที่มีเลข ISSN หรือ หนังสือรวมผลงานวิชาการระดับจังหวัด/ระดับเขต/ระดับประเทศ หรือหนังสือที่มีการเผยแพร่ครอบคลุมหน่วยงานทั้งจังหวัดขึ้นไป รวมถึง Electronic Files ที่ได้รับการเผยแพร่ในเว็บไซต์ระดับจังหวัดขึ้นไป												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลงานวิจัย/R2R ของหน่วยบริการทุกระดับ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละ 30 ของผลงานทั้งหมดในปีงบประมาณ 2562 ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน												
วิธีการประเมิน	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย/แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R /นวัตกรรม												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	รอบที่ 1												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. รอบที่ 1	รอบที่ 1 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละ 70 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีร้อยละ 80 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละ 90 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล	2	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล	3	มีร้อยละ 80 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล	4	ร้อยละ 90 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล	5	ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/R2R/หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล												
2	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล												
3	มีร้อยละ 80 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล												
4	ร้อยละ 90 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล												
5	ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล												

ระดับจังหวัด/คปสอ.	รอบที่ 2	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผลงานวิจัย R2R ของหน่วยงานที่นำไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผลงานวิจัย R2R ของหน่วยงานทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. รอบ 2	รอบ 2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละ 10 ผลงานวิจัย R2R ของหน่วยงานที่นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ หรือ มีการนำผลงานไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่
	2	ร้อยละ 15 ผลงานวิจัย R2R ของหน่วยงานที่นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ หรือ มีการนำผลงานไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่
	3	ร้อยละ 20 ผลงานวิจัย R2R ของหน่วยงานที่นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ หรือ มีการนำผลงานไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่
	4	ร้อยละ 25 ผลงานวิจัย R2R ของหน่วยงานที่นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ หรือ มีการนำผลงานไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่
	5	ร้อยละ 30 ผลงานวิจัย R2R ของหน่วยงานที่นำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ หรือ มีการนำผลงานไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่
ระดับ รพ.สต.	ระดับของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงาน มีแผนพัฒนางานประจำด้วยกระบวนการวิจัยระดับตำบล
	2	พัฒนาบุคลากรในการพัฒนางานวิจัย R2R
	3	มีผลการวิเคราะห์ห้วงองค์กร/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
	4	ออกแบบกระบวนการวิจัย
	5	หน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล
	รอบที่ 2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงาน มีแผนพัฒนางานประจำด้วยกระบวนการวิจัยระดับตำบล
	2	มีผลการวิเคราะห์ห้วงองค์กร/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ออกแบบกระบวนการวิจัย
	3	การดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่
	4	สรุปผลการดำเนินงานและเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการตามแผนงาน
	5	มีผลงานเข้าร่วมนำเสนอในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ หน่วยบริการละ 1 เรื่อง

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน																																																																													
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																										
			2559	2560	2561																																																																								
	ร้อยละของผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	NA	45.45 (เป้าหมาย 11 เรื่อง ผลงาน 5 เรื่อง	41.41 (เป้าหมาย 99 เรื่อง ผลงาน 41 เรื่อง																																																																								
	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้าน สุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	100	100	100																																																																								
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561 จำนวนผลงานวิชาการ (ผลงานวิจัย R2R) ที่ส่งนำเสนอในเวทีระดับเขต/ประเทศ (เรื่อง) <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th><th>ได้รับรางวัล</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>21</td><td>21</td><td>100</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>12</td><td>6</td><td>50</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>17</td><td>3</td><td>17.65</td><td>1</td></tr> <tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>8</td><td>2</td><td>25</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>6</td><td>6</td><td>100</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>9</td><td>2</td><td>22.22</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>8</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>7</td><td>1</td><td>14.28</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">รวม</td><td>99</td><td>41</td><td>41.41</td><td></td></tr> </tbody> </table>						ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ได้รับรางวัล	1	หนองคาย	21	21	100	2	2	ท่าบ่อ	12	6	50		3	โพนพิสัย	17	3	17.65	1	4	ศรีเชียงใหม่	8	2	25		5	สังคม	6	6	100		6	สระใคร	5	0	0		7	เผ่าไร่	9	2	22.22		8	รัตนวาปี	8	0	0		9	โพธิ์ตาก	7	1	14.28		10	พิสัยเวหา	6	0	0		รวม		99	41	41.41	
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ได้รับรางวัล																																																																								
1	หนองคาย	21	21	100	2																																																																								
2	ท่าบ่อ	12	6	50																																																																									
3	โพนพิสัย	17	3	17.65	1																																																																								
4	ศรีเชียงใหม่	8	2	25																																																																									
5	สังคม	6	6	100																																																																									
6	สระใคร	5	0	0																																																																									
7	เผ่าไร่	9	2	22.22																																																																									
8	รัตนวาปี	8	0	0																																																																									
9	โพธิ์ตาก	7	1	14.28																																																																									
10	พิสัยเวหา	6	0	0																																																																									
รวม		99	41	41.41																																																																									
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย 2. แผนปฏิบัติการ 3. เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R/นวัตกรรม 4. แบบสรุปการนำไปใช้ประโยชน์ของผลงาน																																																																												
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		โทรศัพท์ : 09 5672 9645 e-mail : vella_max@hotmail.com																																																																										
	2. นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		โทรศัพท์ : 08 3415 1965 e-mail : jitnk127@gmail.com																																																																										
	3. นางสาวชนิษฐา นานองตุม นักวิชาการสาธารณสุข		โทรศัพท์ : 08 2168 9250																																																																										
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 1285																																																																										

ตัวชี้วัดที่ 76/-/	ร้อยละ ของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี หรือการพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง การใช้องค์ความรู้ ทักษะการบริหารจัดการประสบการณ์ ทางด้านวิทยาศาสตร์ และด้านเทคโนโลยี เพื่อการคิดค้น การประดิษฐ์ การพัฒนา การผลิต สินค้า การบริการ กระบวนการผลิต และจัดการองค์ความรู้ในรูปแบบใหม่ของกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ โดยนวัตกรรมดังกล่าว ไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมี ปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่หมายรวมถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะก่อให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสาธารณสุขได้ 2. เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง วิทยาการที่นำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาทำให้เกิดประโยชน์ ไม่ว่าในทางใดในด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. การพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี หรือการพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ												
เป้าหมาย	ร้อยละ 15 ของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี หรือการพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้าน สุขภาพ												
วิธีการประเมิน	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย/แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปแบบรายงานผล โครงการวิจัย/R2R/นวัตกรรม/ฐานข้อมูลการจัดเก็บผลงาน												
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562												
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน นวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี หรือการพัฒนาต่อยอดการ ให้บริการด้านสุขภาพ												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน นวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่จัดทำทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 3</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 6</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 9</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 12</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 15</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 3	2	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 6	3	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 9	4	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 12	5	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 15
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 3												
2	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 6												
3	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 9												
4	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 12												
5	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการต่อ ยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 15												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2559	2560	2561
	ฐานข้อมูลงานนวัตกรรม		จำนวนเรื่อง	NA	NA	11 เรื่อง (37.31%)
	รายชื่อผลงานนวัตกรรม ปี 2561					
	ที่	ชื่อเจ้าของผลงาน	สถานที่ปฏิบัติงาน	ชื่อผลงาน		
	1	นายวุฒิชัย พรหมมา	รพ.สต.บ้านเคื่อ สสอ.ท่าบ่อ	นวัตกรรมที่นอนน้ำ ผ่อนคลาย สบายกาย		
	2	นาย ทิวทวี สุขมา และคณะ	รพ.โพธิพิสัย	นวัตกรรมโปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โปรแกรม Follow care		
	3	นายชัยวัฒน์ ฉัตรธง และทีมงานซ่อมบำรุง	รพร.ท่าบ่อ	โปรแกรมบริหารจัดการพลังงานไฟฟ้าและ ควบคุม Peak Demand		
	4	นางสาวจินตหรา อรกุล และ คณะ	รพ.สต.พระธาตุบังพวน	ปฏิทินช่วยกินยา ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำครอบครัว		
	5	สุทธดา บุตรประเสริฐ	รพ.สต.หาดคำ	นวัตกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกเคลื่อนที่		
	6	นายประวีร์ ธีราโชยพันธ์	รพ.หนองคาย	Queue System ระบบคิวออนไลน์ เพื่อผู้ป่วยที่น่ารัก		
	7	นางสาวธัญญารัตน์ แก้วเครือศรี และทีมงานโภชนาการ	รพร.ท่าบ่อ	ถุงเจลร้อนประคบถึง เพิ่มพลัง LPG		
	8	นส.จำเรียง พรหมมา ทีมพัฒนา เจ้าหน้าที่ตึกเด็ก	รพร.ท่าบ่อ	พลังแสงอาทิตย์(น้ำ)....พิชิตไข้		
	9	นางสุวรรณา วงคำจันทร์	รพร.ท่าบ่อ	ชาสมุนไพรจากไหมข้าวโพด		
	10	นางสายฝน เนาวรังษี นส.ทัศนีย์ สายทอง และทีมงานห้องผ่าตัด	รพร.ท่าบ่อ	นวัตกรรม : ถุงเก็บน้ำ จีวแต่แจ้ว		
	11	นาง บุณยอร ธาระคร	รพ.หนองคาย	ประสิทธิผลการใช้ถุงพลาสติกห่อมือและเท้า ต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองคาย		
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2. แผนปฏิบัติการ/แผนพัฒนานวัตกรรม 3. เอกสารรายงานความก้าวหน้าการผลิตวิจัย/R2R/นวัตกรรม 4. หลักฐานการไปเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทรศัพท์. : 09 5672 9645 e-mail : vella_max@hotmail.com		
	2. นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทรศัพท์. : 08 3415 1965 e-mail : jitnk127@gmail.com		
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4241 1285		

ตัวชี้วัดที่ 77/60/-	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ																				
หน่วยวัด	ขั้นตอน																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																				
คำอธิบาย	หน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบด้วยหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 คำถามและทบทวนทุกปี 2) ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561 = 2 หมวด ปี 2562 = 2 หมวด ปี 2563 = 2 หมวด และปี 2564-2565 ปีละ 6 หมวด ดังนี้ <table><tr><td>ปีงบประมาณ</td><td>สสจ.</td><td>สสอ.</td></tr><tr><td>2561</td><td>หมวด 1 , หมวด 5</td><td>หมวด 1, หมวด 5</td></tr><tr><td>2562</td><td>หมวด 2 , หมวด 4</td><td>หมวด 2, หมวด 4</td></tr><tr><td>2563</td><td>หมวด 3, หมวด 6</td><td>หมวด 3, หมวด 6</td></tr><tr><td>2564</td><td>หมวด 1-6</td><td>หมวด 1-6</td></tr><tr><td>2565</td><td>หมวด 1-6</td><td>หมวด 1-6</td></tr></table> 3) นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง และโอกาสในการพัฒนา (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 5) ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 6) จัดทำ Application Report รายหมวดตามแผนพัฒนา 7) ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit จาก กพร.สป.กสธ. (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ			ปีงบประมาณ	สสจ.	สสอ.	2561	หมวด 1 , หมวด 5	หมวด 1, หมวด 5	2562	หมวด 2 , หมวด 4	หมวด 2, หมวด 4	2563	หมวด 3, หมวด 6	หมวด 3, หมวด 6	2564	หมวด 1-6	หมวด 1-6	2565	หมวด 1-6	หมวด 1-6
ปีงบประมาณ	สสจ.	สสอ.																			
2561	หมวด 1 , หมวด 5	หมวด 1, หมวด 5																			
2562	หมวด 2 , หมวด 4	หมวด 2, หมวด 4																			
2563	หมวด 3, หมวด 6	หมวด 3, หมวด 6																			
2564	หมวด 1-6	หมวด 1-6																			
2565	หมวด 1-6	หมวด 1-6																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ.หนองคาย 1 แห่ง, สสอ. 9 แห่ง																				
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ผ่านเกณฑ์ ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100																				
วิธีการประเมิน	ประเมิน โดยทีม Internal Audit กพร.สป.กสธ. ระดับ อำเภอ จังหวัด รายงานผลการดำเนินงาน เอกสาร หลักฐานและกระบวนการพัฒนาเชิงประจักษ์ 1. รายงานลักษณะสำคัญขององค์กร 2. แผนพัฒนา PMQA ของหน่วยงาน 3. ผลการประเมินตนเอง (SAR-PMQA) 4. ผลการวิเคราะห์ จุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงองค์กร 5. แผนปรับปรุงองค์กร รายหมวด 6. Application Report รายหมวดตามแผนพัฒนา																				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562																				
ระดับจังหวัด	1. สสจ. ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA 2. ร้อยละ 60 ของ สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA																				

สูตรคำนวณ	ระดับคะแนน																																																																																		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	1. สสจ. ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA																																																																																		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																	
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้ครบถ้วน																																																																																	
	2	ประเมินองค์กรด้วยตนเอง (SAR-PMQA) ได้ครบถ้วน																																																																																	
	3	วิเคราะห์จุดแข็ง โอกาสการพัฒนาได้ครบถ้วน (OFI)																																																																																	
	4	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรและดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรได้ครบถ้วน																																																																																	
	5	จัดทำรายงานผลการพัฒนาองค์กร (Application Report)																																																																																	
	2. ร้อยละ 100 ของ สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA																																																																																		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																	
	1	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 60																																																																																	
	2	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 70																																																																																	
	3	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 80																																																																																	
	4	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 90																																																																																	
	5	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 100																																																																																	
ระดับ คปสอ.	ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 5 ขั้นตอน																																																																																		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																	
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้ครบถ้วน																																																																																	
	2	ประเมินองค์กรด้วยตนเอง (SAR-PMQA) ได้ครบถ้วน																																																																																	
	3	วิเคราะห์จุดแข็ง โอกาสการพัฒนาได้ครบถ้วน (OFI)																																																																																	
	4	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรและดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรได้ครบถ้วน																																																																																	
	5	จัดทำรายงานผลการพัฒนาองค์กร (Application Report)																																																																																	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																															
				2559	2560	2561																																																																													
	การพัฒนาตามกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ เกณฑ์คุณภาพ PMQA หมวด 1 หมวด 2 - สสจ.หมวด 1, 5 - สสอ.หมวด 1, 5		ร้อยละ	84.38	79.07	100 100																																																																													
ผลการดำเนินงาน หมวด 1 และหมวด 5 ปีงบประมาณ 2561																																																																																			
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td colspan="4">ผลงาน</td></tr><tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>9 แห่ง</td><td colspan="4">9 แห่ง</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน				1	เมืองหนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				5	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน				9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน					รวม	9 แห่ง	9 แห่ง			
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน																																																																																
1	เมืองหนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
5	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน																																																																																
	รวม	9 แห่ง	9 แห่ง																																																																																

เอกสารอ้างอิง	1. รายงานลักษณะสำคัญขององค์กร 2. แผนพัฒนา PMQA ของหน่วยงาน 3. ผลการประเมินตนเอง (SAR-PMQA) 4. ผลการวิเคราะห์ จุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงองค์กร 5. แผนปรับปรุงองค์กร รายหมวด 6. Application Report รายหมวดตามแผนพัฒนา	
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 08-9571-1175
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร. 08-9941-8836
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 78/61/32	ร้อยละอำเภอดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อำเภอดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ หมายถึง อำเภอดำเนินการดังนี้ ด้านกระบวนการ 1. อำเภอดำเนินการรับฟังความคิดเห็น หมายถึง คปสอ. ในจังหวัดหนองคาย จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อการรับบริการ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ โดยจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน และนำข้อคิดเห็นไปปรับปรุงกระบวนการทำงาน และส่งสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ถึงกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ 2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการ, แผน พขอ. รองรับแผนบูรณาการแต่ละด้าน, แผนจัดบริการตาม Service Plan หมายถึง คปสอ. ในจังหวัดหนองคาย มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผน พขอ. รองรับแผนบูรณาการแต่ละด้าน, รพ.จัดทำแผนการจัดบริการตาม Service Plan, รพ.สต. จัดทำแผนปฏิบัติการ และทุกแผนสรุปเป็นรูปเล่ม โดย คปสอ.ส่งแผนปฏิบัติการให้ นพ.สสจ.เป็นผู้อนุมัติ, รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ, ศสม. ส่งแผนให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้อนุมัติ ทั้งนี้ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนพฤศจิกายน 2561 3. มีการดำเนินงานตามแผน หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการภายในเดือนธันวาคม 2561 และมีการสรุปการใช้จ่ายงบประมาณ พร้อมทั้งรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยตัดยอดวันที่ 25 ของเดือน และส่งให้ สสจ.ภายในวันที่ 26 ของทุกเดือน โดยมีการควบคุมกำกับงานในการประชุมประจำเดือนของ คปสอ.ทุกเดือน (มีรายงานการประชุม) 4. มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย หมายถึง หน่วยงานระดับจังหวัด (สสจ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับ คปสอ. โดยคณะกรรมการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง และสรุปผลการประเมินแจ้งในที่ประชุม กวป. หน่วยงานระดับอำเภอ (คปสอ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับตำบล (รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล) ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ครั้งที่ 2 ภายในเดือนกรกฎาคม 2562 และส่งผลการนิเทศ/ประเมิน ให้ สสจ.ภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้านผลลัพธ์ 5. KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3 (รอบที่ 1) และ ระดับคะแนน 5 (รอบที่ 2) หรือตามที่กำหนด และผลงานภาพรวมผ่านระดับดีขึ้นไป เกณฑ์การจัดระดับคะแนน ดังนี้ - คะแนน <50 ระดับปรับปรุง - คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา - คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง - คะแนน 70-79.99 ระดับดี - คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังรายละเอียดแนบท้าย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.ในจังหวัดหนองคาย ทั้ง 9 อำเภอ
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : อำเภอดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80 ระดับ คปสอ. : อำเภอดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีขึ้นไป รพ.สต. : KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากเอกสาร รูปเล่มสรุปผลงาน และการส่งผลงาน file เอกสารตามขั้นตอนการพัฒนาการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ด้านกระบวนการและผลลัพธ์

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่กันยายน 2561 – กุมภาพันธ์ 2562) รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่กันยายน 2561 – กรกฎาคม 2562)				
ระดับจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ.ที่ผ่านคุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ.ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 40			
	2	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 50			
	3	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 60			
	4	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 70			
	5	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80			
ระดับ คปสอ.	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีขึ้นไป				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ. กลุ่มงาน/งาน ใน สสจ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับปรับปรุง			
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพัฒนา			
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพอใช้			
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดี			
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีมาก			
ระดับ รพ.สต.	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 70				
ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 50			
	2	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 55			
	3	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 60			
	4	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 65			
	5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 70			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์	ร้อยละ	100% (9 อำเภอ)	55.55% (5 อำเภอ)	-
เอกสารอ้างอิง	1. แผนยุทธศาสตร์ 2. แผนปฏิบัติการ พขอ./แผนการจัดบริการตาม Service Plan 3. โครงการตามแผนปฏิบัติการ 4. รายงานการประชุม คปสอ. 5. ไฟล์การส่งสรุปการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ 6. สรุปผลการนิเทศงาน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 7. สรุปผลการประเมิน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 8. ภาพถ่ายการประเมิน/นิเทศ				
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์		โทร. 08-1592-7689		
	นางศิวพร เลียวานิชย์เจริญ		โทร. 08-1662-4126		
	นางบังอร พันนีก		โทร. 08-1717-2607		
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117, 119		

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
ด้านกระบวนการ					
1	อำเภอมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น - ไม่มีการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็น - จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด - จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นภายในระยะเวลาที่กำหนดแต่ยังไม่ส่งสรุปผล - จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นภายในระยะเวลาที่กำหนดและส่งสรุปผล	5 คะแนน 0 คะแนน 1 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน			- สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ - ภาพกิจกรรม
2	หน่วยงานจัดทำแผนและแผนปฏิบัติการได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5 คะแนน ร้อยละ <80% = 0 ร้อยละ 80 = 1 คะแนน ร้อยละ 85 = 2 คะแนน ร้อยละ 90 = 3 คะแนน ร้อยละ 95 = 4 คะแนน ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			จัดทำแผนสรุปเป็นรูปเล่ม อนุมัติแผนปฏิบัติการให้เสร็จสิ้น ภายในเดือนพฤศจิกายน 2561 - คปสอ.จัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการ พขอ. (1, 2) - รพ. จัดทำแผนการจัดบริการตาม Service Plan ระดับอำเภอ (3) - รพ.สต./ศสม.จัดทำแผนปฏิบัติการ (4, 5) โดยที่ - คปสอ. ส่งแผนปฏิบัติการ พขอ. ให้ นพ.สสจ. เป็นผู้อนุมัติ (1) - รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ (2) - ศสม. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้อนุมัติ (3)
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ โครงการได้รับการลงนามภายในเดือนธันวาคม 2561	5 คะแนน ร้อยละ <80% = 0 ร้อยละ 80 = 1 คะแนน ร้อยละ 85 = 2 คะแนน ร้อยละ 90 = 3 คะแนน ร้อยละ 95 = 4 คะแนน ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			จัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการและโครงการได้รับการลงนามอนุมัติ ภายในเดือนธันวาคม 2561 - กรณีโครงการที่มีจัดประชุม ออมรม สัมมนา ให้เสนอ นพ.สสจ.หนองคาย ลงนาม - กรณีโครงการที่ใช้งบกองทุนตำบล เมื่อได้รับการแจ้งจัดสรรงบประมาณ
3.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน ส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ	5 คะแนน ไม่ส่ง=0 1 เดือน=1 - 2 เดือน=3 - 3 เดือน=5	5 คะแนน <4 เดือน=0 4 เดือน=1 5 เดือน=2 6 เดือน=3 7 เดือน=4 8 เดือน=5		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน รอบที่ 1 ช่วงเดือน ธ.ค.61-ก.พ.62 รอบที่ 2 ช่วงเดือน ธ.ค.61-ก.ค.62
3.3	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ หน่วยงานมีการใช้จ่ายงบประมาณ ร้อยละ	5 คะแนน <20=0 20=1 คะแนน 25=2 คะแนน 30=3 คะแนน 35=4 คะแนน 40=5 คะแนน	5 คะแนน <60=0 60=1 คะแนน 55=2 คะแนน 70=3 คะแนน 75=4 คะแนน 80=5 คะแนน		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน มีผลการเบิกจ่ายงบประมาณตามกำหนด ดังนี้ - ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่าย ร้อยละ 33 - ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่าย ร้อยละ 55 - ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่าย ร้อยละ 76 - ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่าย ร้อยละ 98

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร ส่งไฟล์เอกสารครบทั้ง 6 ไฟล์ ช้ากว่ากำหนด	5 คะแนน > 4 วัน=0 4 วัน=1 คะแนน 3 วัน=2 คะแนน 2 วัน=3 คะแนน 1 วัน=4 คะแนน ภายในกำหนด=5 คะแนน			ส่งสรุปผลการนิเทศงานและประเมินผลใน รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (1) SAR ผลการประเมินตนเองของ คปสอ. (2) SAR ผล คปสอ. ประเมิน รพ.สต./ศสม. (3) สรุปผลการนิเทศ รพ.สต./ศสม. (4) จัดลำดับคะแนน รพ.สต. (5) ภาพถ่าย (6) เล่มสรุปรายงานผลการปฏิบัติงาน ส่งตามที่กำหนด
4.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ. คะแนนรูปเล่มรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข	5 คะแนน ระดับปรับปรุง = 1 คะแนน ระดับพัฒนา = 2 คะแนน ระดับปานกลาง = 3 คะแนน ระดับดี = 4 คะแนน ระดับดีมาก = 5 คะแนน			* รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ. โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ - คะแนน <50 ระดับปรับปรุง - คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา - คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง - คะแนน 70-79.99 ระดับดี - คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก
ด้านผลลัพธ์					
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	10 คะแนน <ร้อยละ 50 = 0 คะแนน ร้อยละ 50 = 2 คะแนน ร้อยละ 55 = 4 คะแนน ร้อยละ 60 = 6 คะแนน ร้อยละ 65 = 8 คะแนน ร้อยละ 70 = 10 คะแนน			โดยที่ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal Setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3 (รอบที่ 1) หรือ ที่ระดับคะแนน 5 (รอบที่ 2) หรือ ตามที่กำหนด
	รวมคะแนน	เต็ม 45 คะแนน	ได้	ร้อยละ	

สรุปตารางการให้คะแนน

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนนเต็ม
1	อำเภอมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น	5			
2	หน่วยงานจัดทำแผนและแผนปฏิบัติการได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5			
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ	5			
3.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน	5			
3.3	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ	5			
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร	5			
4.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ.	5			
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	10			
	รวมคะแนน	45			

ภาคผนวก

รายงานสรุปผลการนิเทศงาน
ครั้งที่ ปีงบประมาณ 2562

รพ.สต./ศสม./ศสช. อำเภอ.....จังหวัดหนองคาย

1. ผลการปฏิบัติงาน

ประเด็นการพัฒนางาน ด้านสาธารณสุข	ผลงานที่เป็นไปตามเป้าหมาย	ผลงานที่ต้องพัฒนา
1. ด้านประสิทธิผลตาม ยุทธศาสตร์	ระบุเลขข้อที่ผ่าน	ระบุเลขข้อที่ไม่ผ่าน
2. ด้านคุณภาพ		
3. ด้านประสิทธิภาพ		
4. ด้านการพัฒนาองค์กร		

2. ปัญหา อุปสรรค

.....

.....

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 1/1/1

ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD
ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ปี 2562

**เกณฑ์การให้คะแนน ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD
ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ปี 2562**

1. ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุขที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
4	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
6	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
8	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
10	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

2. ร้อยละ 10 บุคลากรสาธารณสุขที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง (10 คะแนน)

คะแนน	รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$	รอบที่ 2 ลดลง $\geq 10\%$
2 คะแนน	ลดลง $< 2\%$	ลดลง $< 4\%$
4 คะแนน	ลดลง 2-2.9%	ลดลง 4-5.9%
6 คะแนน	ลดลง 3-3.9%	ลดลง 6-7.9%
8 คะแนน	ลดลง 4-4.9%	ลดลง 8-9.9%
10 คะแนน	ลดลง $\geq 5\%$	ลดลง $\geq 10\%$

3. ร้อยละ 10 ของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง) (15 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
3	ร้อยละของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6
6	ร้อยละของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7
9	ร้อยละของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 6	ร้อยละ 8
12	ร้อยละของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 7	ร้อยละ 9
15	ร้อยละของประชาชนที่มีกิจกรรมทางกาย (เดิน วิ่ง สะสมต่อเนื่อง)	ร้อยละ 8	ร้อยละ 10

4. ร้อยละ 80 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการประเมินหาค่า BMI (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
4	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI	ร้อยละ 50	ร้อยละ 65
6	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
8	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75
10	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวัด BMI	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80

5. ร้อยละ 80 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (15 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
3	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
6	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 35	ร้อยละ 50
9	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
12	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 45	ร้อยละ 70
15	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80

6. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง	ร้อยละ1	ร้อยละ1
4	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง	ร้อยละ2	ร้อยละ2
6	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง	ร้อยละ3	ร้อยละ3
8	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง	ร้อยละ4	ร้อยละ4
10	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI เกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI ลดลง	ร้อยละ5	ร้อยละ5

7. ร้อยละประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา (10 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 1
2	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2
3	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 3
4	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 4
5	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5

8. ร้อยละประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา (10 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2
2	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 4
3	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 6
4	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 8
5	ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 10

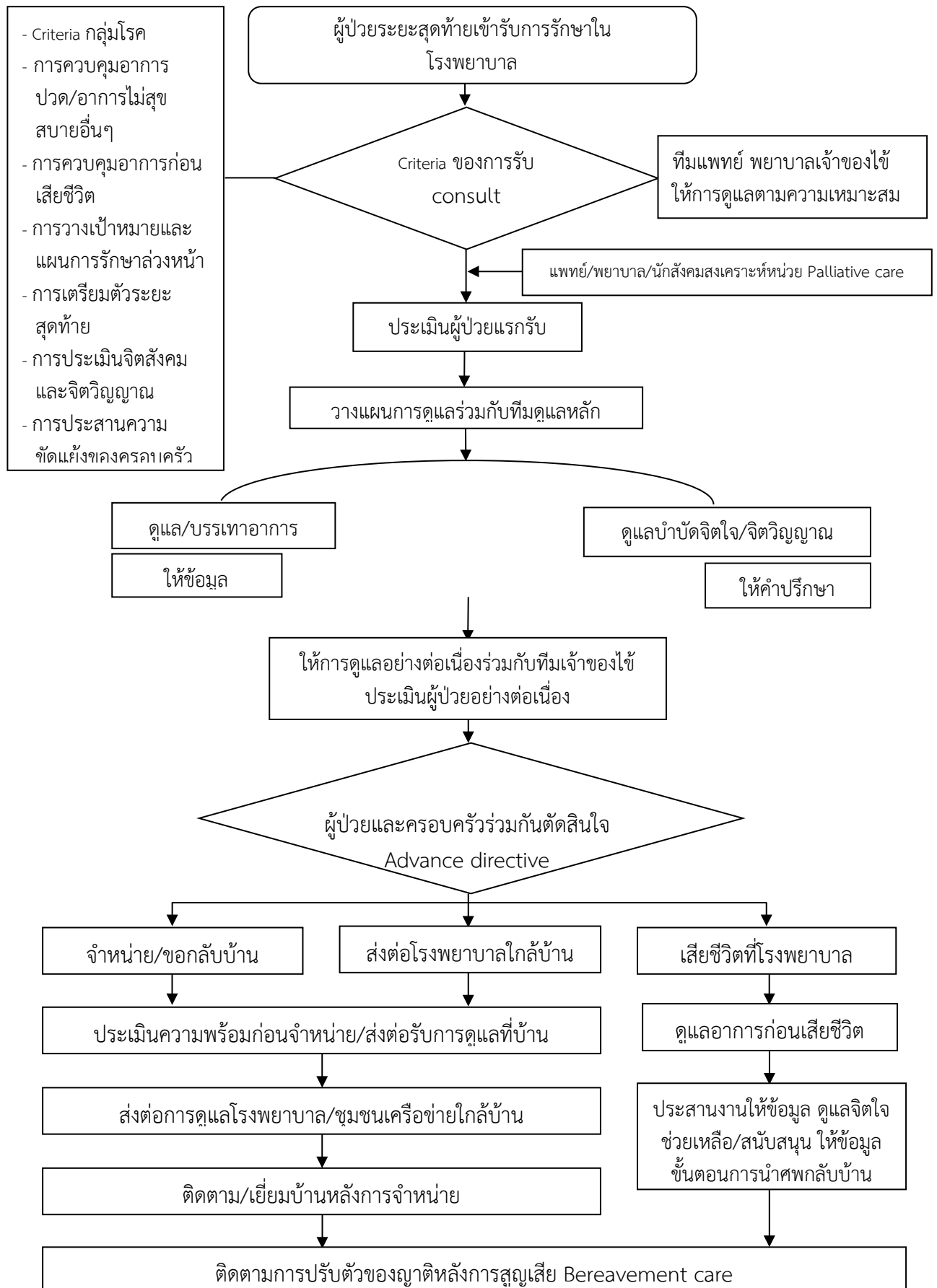
9. มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (10 คะแนน)

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

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 17/12/8

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

Work Flow Palliative หนองคาย 2562



เกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน (ระดับ S : รพท.หนองคาย)

ขั้นตอน	กิจกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
1 (30 คะแนน)	1) มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองหรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้องและมีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	2) มีการจัดตั้งงานพยาบาลแบบประคับประคอง และกำหนดให้พยาบาลหัวหน้างานทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแล แบบประคับประคอง หรือเลขานุการศูนย์การดูแลแบบประคับประคองโดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care และมี ทีม PCWN ครอบคลุมหน่วยงานบริ การผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกที่ เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	3) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care ได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (10 คะแนน)	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน
	4) มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	5) มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong opioid medication และ/หรือ มีการจัดการดูแลแบบการแพทย์ แผนไทย ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง /การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุذبำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
2 (25 คะแนน)	1) มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธานหรือร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	2) ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ปี 2560 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ ในปี ที่' รายงาน (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
	3) มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุذبำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น ปี 2560 ≥ ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ S ในจังหวัดหนองคาย (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
3 (10 คะแนน)	1) มีแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีการดำเนินงานร่วมกับ สสจ./สสอ./รพ.สต./องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กร ต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือกิจกรรม (10 คะแนน)	มี = 10 ไม่มี = 0	มี = 10 ไม่มี = 0
4 (15 คะแนน)	1) การสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อ ของจังหวัดหนองคายที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง ปี 2560 – 2561 มี การสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาล (ระดับโรงพยาบาล) (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มีคลังอุปกรณ์ ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์และมีการจัดหาให้เพียงพอ ปี 2560 - 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน (5 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
5 (20 คะแนน)	1) มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพจนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) ปี 2560 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking) ปี 2560 - 2561 งานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
รวม		65	100

รอบที่ 1 เทียบน้ำหนักคะแนน 65 คะแนน = ร้อยละ 100

เกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน (ระดับ M2, F1-3)

ขั้นตอน	กิจกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
1 (30 คะแนน)	1) มี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเป็นอย่างน้อย (10 คะแนน)	มี = 10 ไม่มี = 0	มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มี Palliative Care Nurse Manager ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน และมีทีม PCWN (Palliative Care Nurse Ward : พยาบาลประคับประคองประจำหอผู้ป่วย) ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	3) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care ได้รับ การคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (5 คะแนน)	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน
	4) มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	5) มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong opioid medication และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบ การแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กวดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
2 (20 คะแนน)	1) นับจากจำนวน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ S และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F2, F3 ปี 2560 >ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ ในปีที่ยี่รายงาน (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
	2) มี การรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กวดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น ปี 2560 > ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M2, F2 ,F3 ในจังหวัดหนองคาย (10 คะแนน)	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน	≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
3 (10 คะแนน)	1) โรงพยาบาลทุกระดับ S, M2, F2 ,F3 มี แผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีการดำเนินงานร่วมกับ สสจ./สสอ./รพ.สต./องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กร ต่างๆ เช่น อบท.,มู ลนิธิ/อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือกิจกรรม (10 คะแนน)	มี = 10 ไม่มี = 0	มี = 10 ไม่มี = 0
4 (20 คะแนน)	1) มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยให้ สามารถยืมไปใช้ ที่บ้านได้ โดยมีการประเมิน ความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ ปี 2560-2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุน ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านในโรงพยาบาลระดับ S เป็นอย่างน้อย (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มีการสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อ ของจังหวัดหนองคายที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์ อักษรและมีการประกาศใช้มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเพิ่มการ เข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง ปี 2560-2561 มีการสร้างเครือข่ายและแนว ทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาล (ระดับโรงพยาบาล) (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
5 (20 คะแนน)	1) มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและ ปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพจนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) ปี 2560 บรรลุเป้าหมาย (Goal) > ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (10 คะแนน)		≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
	2) มีงานวิจัยหรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคองและการเทียบเคียง (Benchmarking) ปี 2560 - 2561 งานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง /โรงพยาบาล (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
รวม		60	100

รอบที่ 1 เทียบน้ำหนักคะแนน 60 คะแนน = ร้อยละ 100

เกณฑ์ประเมิน 5 ขั้นตอน (ระดับ รพ.สต.)

ข้อ	กิจกรรม	เกณฑ์ให้คะแนน	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
1 (5 คะแนน)	มี Care manager (CM) /Palliative Care Nurse Manager (PCN : ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน เป็นหัวหน้า FCT ในการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ในพื้นที่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ)	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 ที่เป็นปัจจุบันถูกต้องครบถ้วน (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

เทียบน้ำหนักคะแนน 40 คะแนน = ร้อยละ 100

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 36/27/-

ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก

เกณฑ์การให้คะแนน ประเมิน รพท./รพช. วัดตามแบบประเมิน MCH Board ระดับอำเภอ

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
1. MCH Board ระดับอำเภอ		5
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้ง MCH Board 1.2 ประชุมอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี/รายงานการประชุม - รอบที่ 1 อย่างน้อย 1 ครั้ง - รอบที่ 2 อย่างน้อย 2 ครั้ง 1.3 วิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของ MCH อำเภอ จัดทำแผนงาน/โครงการ 1.4 มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉิน จะต้องได้รับการช่วยเหลือ และเด็กที่สงสัยพัฒนาล่าช้า พบกุมารแพทย์ภายในจังหวัด 1.5 มีการทำ case conference ในกรณีมารดาตายหรือทารกตาย หรือ กรณีอื่นๆ ที่น่าสนใจอย่างน้อย 1 ครั้ง/6 เดือน (บันทึกรายงาน)	ระดับคะแนน 1 ขั้นตอนความสำเร็จ 1 ระดับคะแนน 2 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2 ระดับคะแนน 3 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3 ระดับคะแนน 4 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4 ระดับคะแนน 5 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4,5	5
2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดขึ้นเอง/โรงพยาบาลทั่วไป/MCH Board จังหวัด/เขต บริการสุขภาพที่ 8 (ประเมินตามการจัดอบรมที่เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว)		10
2.1 อบรมเชิงปฏิบัติการ การทำคลอดและการใช้แบบฟอร์ม และกราฟดูแลคลอด สำหรับแพทย์พยาบาลและทบทวน มาตรฐานการดูแลคลอด	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 2 คะแนน ไม่มีผู้อบรม = 0 คะแนน	2
2.2 อบรมทักษะ แพทย์ พยาบาล ในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงสูง US, NST	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 2 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	2
2.3 พยาบาลห้องคลอดใหม่ทุกคนโรงพยาบาลชุมชน เข้ารับการเพิ่มพูนทักษะการคลอดในโรงพยาบาล Node ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์	- พยาบาลห้องคลอดผ่านการฝึกปฏิบัติทักษะการคลอดครบทุกคน = 2 คะแนน - ไม่ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่มีพยาบาลเข้ารับการฝึกทักษะ = 0 คะแนน	2
2.4 อบรม Neonatal resuscitation/Stabilization and Transportation และอบรมฟื้นฟูความรู้ การดูแลทารก Preterm and Low birth weigh ภาวะวิกฤติ สำหรับ แพทย์ พยาบาล	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 2 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	2
2.5 อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ในการประเมิน คัดกรองเด็ก ปฐมวัยโดยใช้คู่มือDSPM และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมจัดเก็บข้อมูล	- ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ครบทุกคน = 2 คะแนน - ไม่ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	2
3. การจัดการบริการ ANC/LR/WCC ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (ประเมิน โดยทีม MCH Board ระดับอำเภอ)		25
3.1 ผลการประเมิน ANC คุณภาพ (จำนวน รพ. และ รพ.สต. ให้บริการ ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพ)	ผ่าน <ร้อยละ 50 = 2 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 50-59 = 4 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 60-79 = 6 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 70-79 = 8 คะแนน ผ่าน ≥ร้อยละ 80 = 10 คะแนน	10

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
3.2 ผลการประเมิน WCC คุณภาพ (จำนวน รพ. และ รพ.สต.ให้บริการ WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพ)	ผ่าน <ร้อยละ 50 = 2 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 50-59 = 4 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 60-79 = 6 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 70-79 = 8 คะแนน ผ่าน ≥ร้อยละ 80 = 10 คะแนน	10
3.3 ผลการประเมิน LR คุณภาพ ผ่านเกณฑ์การคลอตามมาตรฐานของของจังหวัด (เกณฑ์การให้คะแนน/แบบฟอร์มการประเมินตนเองของกรมการแพทย์/แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก) ตามเอกสารแนบท้ายตัวชี้วัด	ระดับคะแนน 1 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1 ระดับคะแนน 2 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2 ระดับคะแนน 3 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2,3 ระดับคะแนน 4 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4 ระดับคะแนน 5 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4,5	5
4. ผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้		60
1. อัตราส่วนมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่มีแม่ตาย = 5 คะแนน มีแม่ตาย = 0 คะแนน	5
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 1 คะแนน	5
5. เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 45 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 = 1 คะแนน	5
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 = 1 คะแนน	5

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 17 = 1 คะแนน	5
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 27 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 29 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 31 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 33 = 1 คะแนน	5
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 1 คะแนน	5
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก $\geq$ 48 ชม. มี TSH >11.2 /จำนวนเด็กเกิด $\geq$ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 = 1 คะแนน	5
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 ร้อยละ 57 ซ = 113 cm หญิง = 112 cm	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 57 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 52 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 47 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 42 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 37 = 1 คะแนน	5

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 (จาก HDC/Cockpit/LR/NICU/ANC/WCC)

อำเภอ.....

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	Base line ปี 2561	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2562		
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
2.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ				
3.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ				
4.ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ				
5.เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ				
6.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 100	ร้อยละ				
7.ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ				
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ				
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ				
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 ร้อยละ 57 ช = 113 cm หญิง = 112 cm	ร้อยละ				
13. คลินิก ANCผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
15. LR คุณภาพ ผ่านเกณฑ์การคลอตามาตรฐานกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตนเอง ตามแบบฟอร์ม กรมการแพทย์		100 คะแนน		

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงต่ำ

ผู้รับ / ประเด็น การประเมิน	วิธี / ผลการประเมิน
สถานที่	สังเกตทิศทางลม บริเวณประตูทางเข้าห้องคลอด
1. ไม่มีลมจากภายนอกพัดเข้าสู่ภายใน	☐ ไม่มีลมพัดผ่าน ☐ ไม่มีลมพัดผ่าน
เครื่องมือและอุปกรณ์	ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์
2. มีอ่างล้างมือและก๊อมน้ำที่สามารถเปิดปิดโดยไม่ต้องใช้มือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
3. มีน้ำยาล้างมือที่ได้มาตรฐานตามระบบ Infectious Control (IC)	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
4. มีผ้าเช็ดมือปราศจากเชื้อที่ได้ตามมาตรฐานตามระบบ IC	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
5. มีชุดและอุปกรณ์ทำคลอดปราศจากเชื้อที่พร้อมใช้ ได้แก่	
- กะละมังหรือถาดสำหรับรองรับรก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ถ้วย 3 ใบ สำหรับใส่	
-> 0.9%NSS ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
-> สำลีก้อนเล็ก 2 ก้อนชุบ 0.9%NSS สำหรับเช็ดตาทารกแรกเกิด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
-> สำลีก้อนใหญ่ 3 ก้อนชุบ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือ Betadine Solution สำหรับเช็ดสะดือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ลูกสูบบางแดง 1 อัน	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- เชือกหรือยางรัดสายสะดือ 1-2 เส้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ผ้าก๊อส สำลี ผ้า safe perineum	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ผ้าเช็ดตัว หรือผ้าก๊อสสำหรับเช็ดตัวทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Sponge holding forceps 1 ด้าม สำหรับคีบสำลีทำความสะอาดภายหลังการฟอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยน้ำสบู่ หรือ Hibi scrub	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- กรรไกรตัดผิเย็บ 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Long arterial forceps หรือ Kocher clamps 2 ด้าม สำหรับหนีบสาย สะดือก่อนการตัด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- กรรไกรตัดสายสะดือ 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Tooth forceps หรือ Arterial forceps 1 ด้าม สำหรับเลี่ยนยางรัดสายสะดือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- กรรไกรตัดไหม 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Needle holder 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ผ้าสีเหลี่ยมปราศจากเชื้อสำหรับคลุมหน้าห้อง ปูรองกันผ้ารองรับทารกและผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลางอย่างละ 1 ผืน และปลอกขา 1 คู่	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- น้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือ Betadine Solution	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- โต๊ะสำหรับวางเครื่องมือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
เครื่องมือและอุปกรณ์	ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์
6. มีชุดเครื่องมือกู้ชีพของมารดาที่พร้อมใช้ ได้แก่	
- laryngoscope ทั้งตัวเครื่องและ blade โค้ง เบอร์ 3	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Endotracheal tube ที่ปราศจากเชื้อ เบอร์ 6-7.5 อย่างละ 2 ชิ้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Ambu bag พร้อมreserviorที่สะอาด/ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- หน้ากาก (mask) ขนาดเหมาะสม ที่สะอาด / ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- แหล่งออกซิเจน สายต่อและขวดน้ำให้ความชื้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ข้อต่อ finger-tip หรือตัว Y และสาย suction	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- เครื่องดูดสารคัดหลั่ง (suction) ที่ปรับแรงดูดได้ 120 มม.ปรอท	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ยาและสารน้ำที่จำเป็นสำหรับกู้ชีพ เช่น	
-> Adrenaline อย่างน้อย 3 vial	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
-> Sodium bicarbonate อย่างน้อย 3 vial	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
-> 10%Calcium gluconate 10 mL อย่างน้อย 3 vial	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
-> 0.9%NSS 1,000 mL อย่างน้อย 3 bag	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Stethoscope	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- เครื่องวัด oxygen saturation	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
7. มีชุดเครื่องมือกู้ชีพของทารกแรกเกิดที่พร้อมใช้ ได้แก่	
- เครื่องดูดสารคัดหลั่ง(suction) ที่ปรับแรงดูดให้อยู่ที่ 100 มม.ปรอท	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ลูกยางแดง (bulb syringe) ที่ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- แหล่งออกซิเจน สายต่อและขวดน้ำให้ความชื้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ท่อ (tubing) สำหรับให้ออกซิเจน	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- หน้ากาก (mask) เบอร์ 0, 1, 2 อย่างละ 1 ชิ้น ที่สะอาด หรือปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Self Inflating bag ขนาด 240 cc ที่สะอาดหรือปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที

ผู้รับ / ประเด็น การประเมิน	วิธี / ผลการประเมิน
- Laryngoscope ทั้งตัวเครื่อง และ blade ตรง เบอร์ 0 และเบอร์ 1	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- endotracheal tube ที่ปราศจากเชื้อ เบอร์ 2.5 ถึง 4 อย่างละ 2 ชิ้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ข้อต่อสำหรับดูดซีเทาในหลอดลมคอ (meconium aspirator)	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- สาย suction เบอร์ 6, 8, 10, 12	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Stethoscope สำหรับทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- สารน้ำที่จำเป็นในการช่วยกู้ชีพ 0.9% NSS 100 mL	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
8. มีระบบเครือข่ายในการหาเลือด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
9. เครื่อง Radiant warmer	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
10. เครื่อง Electronic fetal monitoring	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
11. เครื่อง ultrasound	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
12. Transfer incubator สำหรับส่งต่อทารกแรกคลอด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
บุคคลากร	ตรวจสอบใบรับรองการฝึกอบรม / ตารางการจัดทีม / สถานการณ์สมมติ
1. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานฯ, กราฟดูแลการคลอด, แบบประเมิน Electronic Fetal Monitoring (EFM) และ guideline ห้องคลอดคุณภาพ	☐ บางคน ☐ ไม่ครบทุกเรื่อง ☐ ทุกคน ☐ ครบทุกเรื่อง
2. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการทำคลอดตามหลักสูตรแพทย์ศาสตร์บัณฑิต หรือพยาบาลศาสตร์	☐ บางคน ☐ ทุกคน
3. มีทีมบุคลากรที่สามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มีคุณภาพ ☐ มีคุณภาพ
4. มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอด ไม่น้อยกว่า 1:3	จำนวนแพทย์+พยาบาล ต่อจำนวนผู้คลอด =
5. มีการพัฒนาบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	☐ ไม่มี ☐ มี
ระบบการให้บริการ	ตรวจสอบเวชระเบียน /
1. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มมาตรฐาน	☐ ไม่ครบ ☐ ครบ ☐ บางราย ☐ ทุกราย
2. Admission test โดย EFM หรือ Sound provoked fetal movement	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
3. ใช้กราฟดูแลการคลอด (Partograph)	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
4. แปลผล intrapartum EFM ตามแบบประเมิน EFM ที่กำหนด	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
5. ให้การบริการถูกต้องตาม guideline ห้องคลอดคุณภาพ	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
6. สามารถทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือ ส่งต่อได้อย่างเหมาะสม	☐ บางราย ☐ ทุกราย
7. มีระบบการส่งต่อมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัย	☐ บางราย ☐ ทุกราย
8. มีการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำตัวชี้วัดใน Process และ Outcome ที่กำหนด ได้แก่	
- อัตราการเกิด birth asphyxia	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์..... : 1 พัน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตายของมารดาที่ refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์ : 1 แสน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตกเลือดหลังคลอด	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์%
9. มีการประชุมรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงนโยบายและแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	☐ ไม่มี ☐ มี
10. มีธนาคาร / ระบบ / เครือข่ายในการหาเลือด	☐ ไม่มี ☐ มี

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงสูง

ผู้รับ / ประเด็น การประเมิน	วิธี / ผลการประเมิน
สถานที่	สังเกตทิศทางลม บริเวณประตูทางเข้าห้องคลอด
1. ไม่มีลมจากภายนอกพัดเข้าสู่ภายใน	☐ ไม่มีลมพัดผ่าน ☐ ไม่มีลมพัดผ่าน
เครื่องมือและอุปกรณ์	ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์
2. มีอ่างล้างมือและก๊อกน้ำที่สามารถเปิดปิดโดยไม่ต้องใช้มือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
3. มีน้ำยาล้างมือที่ได้มาตรฐานตามระบบ Infectious Control (IC)	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
4. มีผ้าเช็ดมือปราศจากเชื้อที่ได้ตามมาตรฐานตามระบบ IC	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
5. มีชุดและอุปกรณ์ทำคลอดปราศจากเชื้อที่พร้อมใช้ ได้แก่	
- กะละมังหรือถาดสำหรับรองรับรก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ถ้วย 3 ใบ สำหรับใส่	
-> 0.9%NSS ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> สำลีก้อนเล็ก 2 ก้อนชุบ 0.9%NSS สำหรับเช็ดตาทารกแรกเกิด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> สำลีก้อนใหญ่ 3 ก้อนชุบ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือ Betadine Solution สำหรับเช็ดสะดือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ลูกสูบบางแดง 1 อัน	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- เชือกหรือยางรัดสายสะดือ 1-2 เส้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ผ้าก๊อซ สำลี ผ้า safe perineum	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ผ้าเช็ดตัว หรือผ้าก๊อซสำหรับเช็ดตัวทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Sponge holding forceps 1 ด้าม สำหรับคีบสำลีทำความสะอาดภายหลังการฟอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยน้ำสบู่ หรือ Hibiscrub	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- กรรไกรตัดผิเย็บ 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Long arterial forceps หรือ Kocher clamps 2 ด้าม สำหรับหนีบสายสะดือก่อนการตัด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- กรรไกรตัดสายสะดือ 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Tooth forceps หรือ Arterial forceps 1 ด้าม สำหรับเลี่ยนยางรัดสายสะดือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- กรรไกรตัดไหม 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Needle holder 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ผ้าสีเหลี่ยมปราศจากเชื้อสำหรับคลุมหน้าห้อง ปูรองกันผ้ารองรับทารกและผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลางอย่างละ 1 ผืน และปลอกขา 1 คู่	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- น้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือ Betadine Solution	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- โต๊ะสำหรับวางเครื่องมือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
เครื่องมือและอุปกรณ์	ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์
6. มีชุดเครื่องมือกู้ชีพของมารดาที่พร้อมใช้ ได้แก่	
- laryngoscope ทั้งตัวเครื่องและ blade โค้ง เบอร์ 3	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Endotracheal tube ที่ปราศจากเชื้อ เบอร์ 6-7.5 อย่างละ 2 ชิ้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Ambu bag พร้อมreservoirที่สะอาด/ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- หน้ากาก (mask) ขนาดเหมาะสม ที่สะอาด / ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- แหล่งออกซิเจน สายต่อและขวดน้ำให้ความชื้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ข้อต่อ finger-tip หรือตัว Y และสาย suction	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- เครื่องดูดสารคัดหลั่ง (suction) ที่ปรับแรงดูดได้ 120 มม.ปรอท	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ยาและสารน้ำที่จำเป็นสำหรับกู้ชีพ เช่น	
-> Adrenaline อย่างน้อย 3 vial	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> Sodium bicarbonate อย่างน้อย 3 vial	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> 10%Calcium gluconate 10 mL อย่างน้อย 3 vial	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> 0.9%NSS 1,000 mL อย่างน้อย 3 bag	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Stethoscope	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- เครื่องวัด oxygen saturation	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
7. มีระบบเครือข่ายในการหาเลือด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
8. มีชุดเครื่องมือกู้ชีพของทารกแรกเกิดที่พร้อมใช้ ได้แก่	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- เครื่องดูดสารคัดหลั่ง(suction) ที่ปรับแรงดูดให้อยู่ที่ 100 มม.ปรอท	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ลูกยางแดง (bulb syringe) ที่ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- แหล่งออกซิเจน สายต่อและขวดน้ำให้ความชื้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ท่อ (tubing) สำหรับให้ออกซิเจน	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที

ผู้รับ / ประเด็น การประเมิน	วิธี / ผลการประเมิน
- หน้ากาก (mask) เบอร์ 0, 1, 2 อย่างละ 1 ชิ้น ที่สะอาดหรือปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Self Inflating bag ขนาด 240 cc ที่สะอาดหรือปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Laryngoscope ทั้งตัวเครื่อง และ blade ตรง เบอร์ 0 และเบอร์ 1	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- endotracheal tube ที่ปราศจากเชื้อ เบอร์ 2.5 ถึง 4 อย่างละ 2 ชิ้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- ข้อต่อสำหรับดูดซีเทาในหลอดลมคอ (meconium aspirator)	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- สาย suction เบอร์ 6, 8, 10, 12	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- Stethoscope สำหรับทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
- สารน้ำที่จำเป็นในการช่วยกู้ชีพ 0.9% NSS 100 mL	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
9. เครื่อง Radiant warmer	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
10. เครื่อง Electronic fetal monitoring	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
11. เครื่อง ultrasound	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
12. ห้องผ่าตัดปราศจากเชื้อที่มีเครื่องมือผ่าตัดครบถ้วนทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการตัดมดลูก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
13. ธนาคารเลือดที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
14. Transfer incubator สำหรับส่งต่อทารกแรกคลอด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ดีทันที
บุคลากร	ตรวจสอบใบรับรองการฝึกอบรม / ตารางการจัดทีม / สถานการณ์สมมุติ
1. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานฯ, กราฟดูแลการคลอด, แบบประเมิน Electronic Fetal Monitoring (EFM) และ guideline ห้องคลอดคุณภาพ	☐ บางคน ☐ ไม่ครบทุกเรื่อง ☐ ทุกคน ☐ ครบทุกเรื่อง
2. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการทำคลอดตามหลักสูตรแพทย์ศาสตร์บัณฑิต หรือพยาบาลศาสตร์	☐ บางคน ☐ ทุกคน
3. มีทีมบุคลากรที่สามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มีคุณภาพ ☐ มีคุณภาพ
4. มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอด ไม่น้อยกว่า 1:3	จำนวนแพทย์+พยาบาล ต่อจำนวนผู้คลอด =
5. มีการพัฒนาบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	☐ ไม่มี ☐ มี
6. มีสูติแพทย์	☐ ไม่มี ☐ มี
7. มีวิสัญญีแพทย์	☐ ไม่มี ☐ มี
8. มีกุมารแพทย์	☐ ไม่มี ☐ มี
ระบบการให้บริการ	ตรวจสอบเวชระเบียน /
1. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มมาตรฐาน	☐ ไม่ครบ ☐ ครบ ☐ บางราย ☐ ทุกราย
2. Admission test โดย EFM หรือ Sound provoked fetal movement	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
3. ใช้กราฟดูแลการคลอด (Partograph)	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
4. แผลผล intrapartum EFM ตามแบบประเมิน EFM ที่กำหนด	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
5. ให้การบริการถูกต้องตาม guideline ห้องคลอดคุณภาพ	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
6. สามารถทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผูกเงินได้ทุกเวลา	☐ บางราย ☐ ทุกราย
7. มีระบบการส่งต่อมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัย	☐ บางราย ☐ ทุกราย
8. มีการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำตัวชี้วัดใน Process และ Outcome ที่กำหนด ได้แก่	
- อัตราการเกิด birth asphyxia	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์..... : 1 พัน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตายของมารดาที่ refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์ : 1 แสน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตกเลือดหลังคลอด	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์%
9. มีการประชุมรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงนโยบายและแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	☐ ไม่มี ☐ มี
10. มีธนาคาร / ระบบ / เครือข่ายในการหาเลือด	☐ ไม่มี ☐ มี
11. มีระบบรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนและมีระบบที่จะให้ผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งมาได้พบสูติแพทย์ทันทีโดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน	☐ ไม่มี ☐ มี
มีการทบทวนการดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตทุกรายเพื่อหาจุดบกพร่องและทำการปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ	☐ ไม่มี ☐ มี
12. ส่งรายงานการประชุมพร้อมเวชระเบียนของมารดาที่เสียชีวิตให้คณะกรรมการของกรมการแพทย์พิจารณาทุกรายภายใน 7 วันหลังการเสียชีวิตของมารดา	☐ ไม่มี ☐ มี

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน (F3 รพ.สระใคร/F2 รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สังคม/F1 รพ.โพนพิสัย/M2 รพ.ท่าบ่อ/S รพ.หนองคาย)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2560	2561
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่20ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ			
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ			
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ			
5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ			
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ			
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ			
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ			
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 5 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ			
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 ร้อยละ 57 ช = 113 cm หญิง = 112 cm				
13. คลินิก ANCผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ100	ร้อยละ			
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ100	ร้อยละ			
15. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตามแบบกรมการแพทย์			

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

.....

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม)

.....

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

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ประเมินเฝ้ารับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 48/36/17

ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ



แบบประเมิน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15 - 59 ปี ที่อยู่ในหมู่บ้าน ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ

- ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน (5 ข้อ)
 ตอนที่ 2 : ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (6 ข้อ)
 ตอนที่ 3 : การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ. 2ส. (10 ข้อ)
 ตอนที่ 4 : การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. (3 ข้อ)
 ตอนที่ 5 : พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (6 ข้อ)

ข้อมูลที่ได้จะนำมารวบรวมและวิเคราะห์ผล เพื่อให้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงานในภาพรวมของหมู่บ้าน ซึ่งจะไม่มีการทบทวนต่อผู้ตอบ จึงขอให้ท่านตอบข้อคำถามตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพ ให้กลุ่มวัยทำงานเกิดทักษะและมีการปฏิบัติทางสุขภาพได้ถูกต้องต่อไป

คำนิยาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กลุ่มวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หมายถึง กลุ่มวัยทำงานมีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

- ☐ ชุมชน/หมู่บ้าน ☐ ตำบล
☐ อำเภอ ☐ จังหวัด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- ปัจจุบันท่านอายุ

☐ อายุ 15 - 25 ปี	☐ อายุ 26 - 36 ปี	☐ อายุ 37 - 47 ปี	☐ อายุ 48 - 59 ปี
- ท่านมีสถานภาพสมรสเป็นแบบใด

☐ โสด	☐ สมรส/คู่	☐ หม้าย/หย่า/แยก	☐ อื่นๆ
- ท่านจบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ	☐ ประถมศึกษา	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	☐ อนุปริญญา/ปวส.	☐ ปริญญาตรีขึ้นไป

5. ลักษณะงานหลัก (อาชีพ) ที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด

- ☐ ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ใช้แรงกลางแจ้ง เป็นต้น
- ☐ ค้าขาย/ทำธุรกิจ
- ☐ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- ☐ พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน
- ☐ นักเรียน/นักศึกษา
- ☐ อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพเป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน
- ☐ อื่นๆ

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X หรือ ○ ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ตามที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

- อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ มากที่สุด
 - อาหารที่มีรสเปรี้ยว เผ็ด ขมจัด
 - อาหารที่ไขมันสูง ไขมัน เค็ม
 - อาหารที่ไขมันสูง ไขมัน เค็ม
 - อาหารที่ไขมันสูง ไขมัน เค็ม
- การกินผักหลาย ๆ ชนิดที่มีสีแตกต่างกัน ในปริมาณที่มากพอ จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคใดได้มากที่สุด
 - ความดันโลหิตสูง
 - มะเร็ง
 - เบาหวาน
 - ไขมันในเลือดสูง
- การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงได้
 - ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักดื่มน้ำให้มาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
 - ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 60 นาที
 - ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที
 - ออกกำลังกายจนเหนื่อย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที
- บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี
 - วีระ คิดหาทางแก้ปัญหาทุกเรื่องได้สำเร็จ
 - ชัยศ หมั่นระวังตัวไม่ให้มีภัย ศัตรู หรืออุบัติเหตุ
 - นงนุช ตั้งใจทำงานอย่างมีสติด้วยใจที่เป็นสุข
 - น้อยหน้า เข้าวัดฟังธรรมแม้จะไม่อยากเข้าก็ตาม
- บุคคลในข้อใด ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด
 - ด.ช. นิด กินข้าวพร้อมกับพ่อที่สูบบุหรี่เกือบทุกมื้อ
 - นายน้อย สูบบุหรี่ไปเรื่อยไป
 - นางสาวแดง ลองหัดสูบบุหรี่ตามคำชวนของเพื่อน
 - นายชด สูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด
- การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อปัญหาใดมากที่สุด
 - โรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ
 - โรคหัวใจ โรคเบาหวาน
 - โรคอ้วน โรคกระเพาะ โรคปอด
 - โรคหัวใจ โรคเครียด โรคไตวายเฉียบพลัน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ. 2ส.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.					
1. เมื่อต้องการรู้เรื่องข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลได้โดยง่าย เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นอินเทอร์เน็ต ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (2)	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)
2. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านอาหารออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ และลดปัญหาจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่งบ่อยครั้งแค่ไหน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ					
การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.					
3. ท่านอ่านเองหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าตนเองไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านได้เล่าเรื่อง หรือพูดคุย หรืออ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อให้ครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นเข้าใจได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านมีการโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูล ที่ถูกต้องหรือแนะนำให้สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ. 2ส.					
6. ท่านหมั่นสังเกตปริมาณและคุณค่าอาหาร ที่กินในแต่ละมื้อ พร้อมวางแผนออกกำลังกาย ของตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้บ่อยครั้งแค่ไหน					
7. ท่านประเมินและทบทวนสภาวะอารมณ์ของตนเองถ้าพบว่าเครียด ท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน					
8. ท่านมีการจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้าน เพื่อเอื้อให้ท่านมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. ให้ได้มากขึ้นบ่อยครั้งแค่ไหน					
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. 2ส.					
9. เมื่อท่านสนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่ง เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อบ่อยครั้งแค่ไหน					
10. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า ท่านได้วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อประเมินเนื้อหา โดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติตามทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X หรือ ○ ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติ/คาดว่าจะปฏิบัติ

- เมื่อท่านได้รับเชิญไปงานขึ้นบ้านใหม่ที่บ้านเพื่อน แล้วเพื่อนเชื้อเชิญให้กินอาหารหวาน มีไขมันสูง ท่านตัดสินใจทำอะไร
 - กินตามคำเชื้อเชิญนั้นทันที เพื่อรักษาความเป็นเพื่อนที่เหนียวแน่น
 - กินตามคำเชื้อเชิญนั้น แต่กินช้าๆ ในปริมาณที่น้อยๆ
 - ขอบคุณและเตือนเพื่อน พร้อมเชิญไปกินอาหารอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน
 - ขอบคุณและบอกว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถกินอาหารดังกล่าวได้
- หากท่านและเพื่อนของท่านออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติอย่างไร
 - พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
 - ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็อยหยุดตามเพื่อน
 - ไปออกกำลังกายตามลำพัง แม้ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
 - หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน
- หากท่านไปงานแต่งงาน แล้วเพื่อนชวนดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไร
 - ตอบรับตามคำชวนของเพื่อนทันที เพื่อไม่ให้เสียความเป็นเพื่อนไป
 - ดื่มหรือสูบบ้างแต่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยาท
 - ปฏิเสธพร้อมให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยต่อตนเองและคนรอบข้าง
 - นั่งเป็นเพื่อนได้โดยไม่ดื่มหรือสูบบตามคำชวน เพื่อคอยช่วยเหลือเพื่อนเมื่อจำเป็น

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	6 - 7 วัน/ สัปดาห์ (5)	4 - 5 วัน/ สัปดาห์ (4)	3 วัน/ สัปดาห์ (3)	1 - 2 วัน/ สัปดาห์ (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. ท่านมีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ บ่อยแค่ไหน					
2. ท่านกินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอ วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม บ่อยแค่ไหน					
3. ท่านออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก บ่อยแค่ไหน					
4. ท่านมีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ บ่อยแค่ไหน					
5. ท่านสูบ หรือสูดควันบุหรี่ บ่อยแค่ไหน					
6. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน					

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือตอบแบบประเมิน

“จัดพิมพ์โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน”

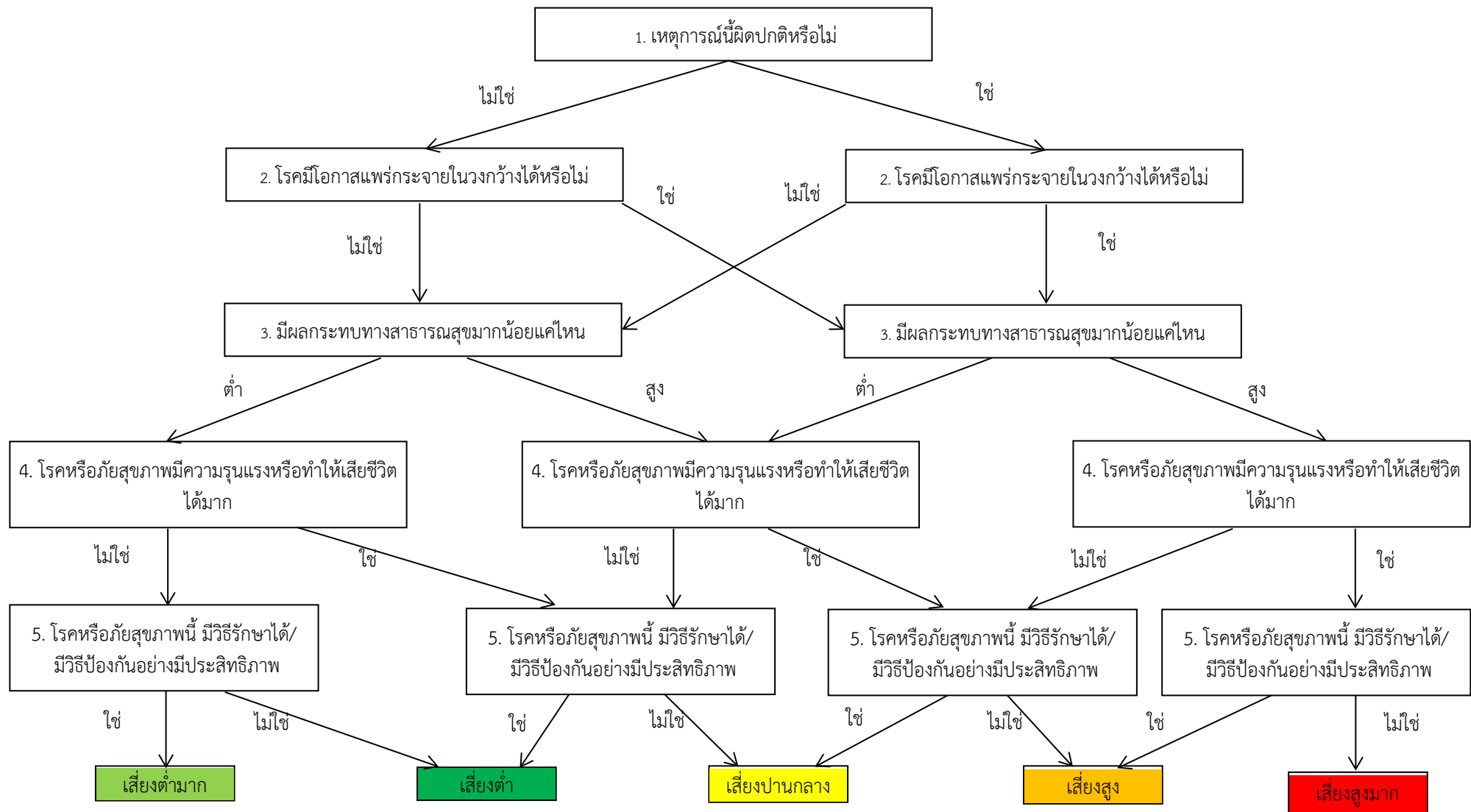
ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 53/38/-

ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ 2

การประเมินความเสี่ยง

ชื่อเหตุการณ์ (.....)	วันที่ประเมินความเสี่ยง XXXXXXXXXXXXXXXX	ผู้ทำการประเมินความเสี่ยง ชื่อ ตำแหน่ง
วัตถุประสงค์ของการประเมินความเสี่ยง 1. 2. 3.		
ระดับที่ทำการประเมินความเสี่ยง (ระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล/อื่นๆ) จังหวัดหนองคาย ข้อมูลของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ของโรค สถานการณ์ย้อนหลัง การดำเนินการเพื่อควบคุมโรคหรือจัดการกับภัยสุขภาพ		
แหล่งที่มาของข้อมูล ชื่อผู้รายงาน หน่วยงาน วันที่		
ความเสี่ยงที่พบ เหตุการณ์นี้ผิดปกติหรือไม่ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ผิดปกติ <u>โอกาสการแพร่กระจายของโรคและภัยสุขภาพในวงกว้าง</u> <u>ผลกระทบทางสาธารณสุข (affected population)</u> <u>โอกาสจะแพร่กระจายไปยังพื้นที่อื่นๆ</u> <u>ความรุนแรงของโรคหรือภัยสุขภาพ</u> <u>วิธีการรักษา/วิธีป้องกันได้ที่มีประสิทธิภาพของโรคหรือภัยสุขภาพ</u>		
ลักษณะของภัยคุกคาม (Hazard) ลักษณะของการสัมผัส (Exposure assessment : ลักษณะ, จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง) ปัจจัยที่ส่งผลหรือควบคุมต่อภาวะ/โรค/ภัยสุขภาพในครั้งนี้ (context assessment)		
การประเมินระดับความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพ (จากการวิเคราะห์ Risk estimation)		

การประเมินระดับความเสี่ยง (Single overall risk level)



ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 66/50/24

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ปี 2562

ชื่อโรงพยาบาล

จังหวัด

ศูนย์อนามัยที่.....

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา					
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั้งองค์กร 2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น 4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital 5. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร			
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN					
ระดับพื้นฐาน					
G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อ คือ 1. <u>บุคลากร</u> 1.1. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		1.2. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. <u>การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ</u> 2.1. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด 2.2. มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม 3. <u>การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u> 3.1. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ และการกีดร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ 3.2. ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสงทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม 3.3. มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ 3.4. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น 3.5. มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง 3.6. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูล			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		ฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 4.1. ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน 4.2. ใช้รถเข็นเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ยกเว้นกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย 4.3. มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน 4.4. มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดต้องเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 5. ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 5.1. มีพื้นและผนังที่บดด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำ และมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้ 5.2. มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น” 5.3. มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่ตกลงเล่นประจำรถเข็น			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		6. <u>สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u> 6.1. เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่ที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด 6.2. พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6.3. มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน 6.4. มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้อาจเข้าไปได้ในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้ 6.5. มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย 6.6. มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดใหญ่เห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร 7. <u>การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</u> 7.1. กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง 7.1.1. ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ 7.1.2. ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 7.1.3. กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผามูลฝอย และห้องเผาคว้นให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ตามลำดับหรือวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำซึ่งต้องตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพ ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556 7.2. กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้ 7.2.1. มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไป กำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่า มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง 7.2.2. มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่ง กระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) หรือลงข้อมูลใน โปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ website http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน และดำเนินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตาม ข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545			
	3 มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอย รีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอย ทั่วไปตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูล ฝอยทั่วไป 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่าง น้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอย อื่นๆ (รอนำไปกำจัด) 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์คุ้มครองความ ปลอดภัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไป			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		อย่างชัดเจน 5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6. ที่พักรวมมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง			
R: RESTROOM (การพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และ ปลอดภัย (HAS))	4 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคาร ผู้ป่วยนอก (OPD)	<u>อาคารผู้ป่วยนอก</u> (Out Patient Department) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกที่ผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และไม่ได้รับไว้ค้างคืน อาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมประเทศไทย (HAS) ใน 16 ข้อ ได้แก่ ความสะอาด (Health:H) 1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ 2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 3. กระจายชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้ 5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง 7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น 8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด 9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ ความเพียงพอ (Accessibility: A) 10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที *ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548 11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ ความปลอดภัย (Safety: S) 12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลึบตา/เปลี่ยว 13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		14. ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ 15. พื้นห้องส้วมแห้ง 16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ			
E: ENERGY (การจัดการด้าน พลังงาน)	5 มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น รูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่ กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด ยกตัวอย่างเช่น - กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า - การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส - การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) - ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล - รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน 2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน 3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับ นโยบาย			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
E:ENVIRONMENT (การจัดการ สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล)	6 มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและ ภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและ พื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น สำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะดวกในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบาย อากาศได้ดี 2. มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการ ทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส กิจกรรมสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น 3. มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่ กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม) 4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่ม พื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น			
	7 มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรม ทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการ ของผู้ป่วยและญาติ	1. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพพระดั่งบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกาย ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง 2. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้ง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิด ความตระหนักและสนใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการ บริโภคถูกต้องตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพดีและป้องกันบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
NUTRITION (การจัดการ สุขาภิบาลอาหาร และการจัดการน้ำ บริโภคใน โรงพยาบาล)	8 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยใน โรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ของกรมอนามัย ในระดับดีมาก	สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารของกรมอนามัย ในระดับดีมาก ดังนี้ 1. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่าง เพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักมูลฝอยหรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 2. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็ง เรียบ มีสภาพดี และสะอาด 3. โต๊ะเตรียมปรงอาหาร และผนังบริเวณเตาไฟ ต้องทำด้วยวัสดุที่ทำ ความสะอาดง่าย เช่น สแตนเลส กระเบื้อง มีสภาพดี และพื้นโต๊ะ ต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 4. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร มีการป้องกันแมลงวัน เช่น กรงด้วย มุ้งลวด หรือเป็นห้องปรับอากาศ 5. บริเวณที่เตรียม – ปรงอาหาร มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่น และ ควันจากการทำอาหารได้ดี เช่น มีปล่องระบายควัน หรือพัดลมดูด อากาศที่ใช้การได้ดี 6. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเครื่องหมาย แสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา (เลขสารบบอาหาร 13 หลัก) 7. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 cm หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรง 8. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีคุณภาพดี เก็บ เป็นระเบียบสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		9. มีห้องเก็บอาหารแห้งโดยเฉพาะที่โปร่งสะอาด จัดเป็นระเบียบ และชั้นเก็บของชั้นล่างสุด ต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร 10. มีห้องเย็นหรือตู้เย็นเก็บอาหารขนาดที่เพียงพอ จัดเป็นระเบียบ และสะอาด ถ้าเป็นห้องเย็นต้องมีชั้นวางของ ซึ่งชั้นล่างสุดต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร 11. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 12. การลำเลียงอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด 13. น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ต้องสะอาด ใส่ภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด และมีก๊อกหรือทางเทริน้ำ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 14. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน 15. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน 16. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องมีท่อน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี 17. ใช้เครื่องล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการทำ ความสะอาด และการฆ่าเชื้อโรค หรือมีตู้อบภาชนะ			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		18. ซ้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด 19. จาน ชาม ถ้วย แก้วน้ำ และภาชนะใส่อาหารให้กับผู้ป่วย เก็บคว่ำในภาชนะโปร่งสะอาดในที่มิดชิด และขณะที่ลำเลียงไปให้ผู้ป่วยต้องมีการปกปิด 20. เชียงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเชียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบแยกจากกัน มีฝาชีครอบ (ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวันแล้ว) 21. ใช้ถังมูลฝอยสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด 22. มีท่อหรือรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าว ระบายน้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ลงสู่ท่อระบายหรือแหล่งบำบัดได้ดี และต้องไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง 23. มีบ่อดักเศษอาหารและดักไขมันที่ใช้การได้ดี ก่อนปล่อยลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 24. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ปรงที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม 25. มีห้องส้วม และอ่างล้างมือสำหรับผู้ปรุง - ผู้เสิร์ฟโดยเฉพาะ 26. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ 27. ผู้ปรุงอาหารต้องผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว และสวมหมวกสีขาว			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		28. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ 29. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน 30. อาหารและภาชนะต้องสะอาด โดยมีการตรวจตัวอย่างอาหารปรุงสำเร็จ(อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) และภาชนะ(อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) ทางด้านแบคทีเรีย และต้องได้มาตรฐานคือ ตัวอย่างอาหารไม่เกิน 10^6 โคโลนี/กรัมของอาหาร ตัวอย่างภาชนะ ไม่เกิน 10^3 โคโลนี/ภาชนะ 1 ชิ้น/4 ตารางนิ้ว (โดยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการตัดสินใจไม่เกิน 2 เดือน) หากการจัดบริการอาหารในโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก ข้างต้นใน TOR และโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำตามมาตรฐาน			
	9 ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 15 ข้อ ดังนี้ 1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน 2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรอง			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		ของทางราชการ เช่น เลขสารบบอาหาร หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.) 4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิดวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิดใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้งหรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 8. เหยียงและมีด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้ 9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาดหรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปกปิดเก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล 11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่าง			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		ล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา 12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็คคลุมผม 13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบจำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด 14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร 15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภคโดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด			
	10 จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	1. จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ 2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อบ11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีมีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 3 เดือน/ครั้งและตรวจน้ำอุปโภคที่ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ความถี่ 3 เดือน/ครั้ง			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
ระดับดี					
	11 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูก สุขลักษณะ	มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภท โดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้ 1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยอันตราย 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน 5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวันเวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง			
	12 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคาร ผู้ป่วยใน (IPD)	<u>อาคารผู้ป่วยใน (Ward)</u> หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) ใน 16 ข้อ			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
ระดับดีมาก					
	13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทาง <u>ความคิด การผลิต กระบวนการ หรือองค์กร</u> หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น - Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างกันจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างการบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ - Management Innovation คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
	14 สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน			
ระดับดีมาก Plus					
	15 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)	โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ดังนี้ 1. มีการคัดเลือกวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูป โดยมีการดำเนินการตามการตรวจสอบคุณภาพโดยโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยเช่น ผักและผลไม้ผ่านมาตรฐานเกษตรอินทรีย์มาตรฐาน PGS มกอช. หรือGAP) 2. มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูปอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการกำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบและการตรวจสอบความปลอดภัยอาหารหรือขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) ในการตรวจวัตถุดิบเพื่อคัดกรองก่อนประกอบอาหารเบื้องต้น 3. โรงพยาบาลมีการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบที่ใช้ปรุงประกอบอาหารประจำปีและจัดทำแผนเฝ้าระวังร่วมกับ สสจ. และหน่วยงานที่			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะ ต่อการพัฒนา
		เกี่ยวข้อง 4. โรงพยาบาลมีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน 5. การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจงตามพ.ร.บ.จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560 และประสานกับร้านสหกรณ์ที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์รับรองหรือกลุ่มเกษตรกรที่ได้รับการรับรอง เช่น วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี หรือเป็นผู้ผลิตที่ผ่านการรับรองเข้าเสนอราคาด้วยตนเอง 6. ดำเนินการจัดตลาด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง			
	16 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป	โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป			

สรุปผลการประเมิน
ผ่านในระดับ ☐ ระดับพื้นฐาน ☐ ระดับดี ☐ ระดับดีมาก ☐ ระดับดีมากPlus
ต้องปรับปรุง (ข้อ)

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 67/51/25

ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข
สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล ☐☐☐☐

☐

วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน.....ผู้สัมภาษณ์.....ตำแหน่ง

คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. หมายเลขบัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. ชื่อ – สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว).....

3. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

4. อายุ.....ปี

5. ที่อยู่ปัจจุบัน.....จังหวัด

6. งานอาชีพหลัก ☐ 1. เพาะปลูก(ทำเอง) ☐ 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)

☐ 3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 9)

☐ 4. รับจ้าง อื่น ๆที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)

7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก

☐ 1. ทำไร่ ระบุ.....

☐ 2. ทำนา ระบุ.....

☐ 3. ทำสวน ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เป็นผู้ผสมสารเคมี ☐ อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ

☐ เป็นผู้ฉีดพ่นเองหรือรับจ้างฉีดพ่น ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถาม 9-17 ถ้าตอบไม่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น หรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะที่ทำงานหรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปื้อกขุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ท่านทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ท่านทำงาน หรือไม่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 -17 ได้ คะแนน (A)			

ข้อคำถาม 18-23 ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ตอบใช้เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบใช้ทุกครั้งได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☐
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมือยางป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☐
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☐
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนพักทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☐
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ จุดทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☐
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ จุดทำงาน หรือไม่	3. ☐	2. ☐	1. ☐
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 -23 ได้ คะแนน (B)			
คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 - 23 (A+B) ได้ คะแนน			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
☐ ไอ	☐ คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	☐ อ่อนเพลีย	☐ หน้าตากระตุก	☐ ท้องเสีย	☐ ลมชัก
☐ แสบจมูก		☐ อาการชา	☐ ตาพร่ามัว	☐ กล้ามเนื้ออ่อนล้า	☐ หมดสติ
☐ เจ็บคอ คอแห้ง	☐ ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	☐ ใจสั่น	☐ เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	☐ เป็นตะคริว	☐ ไม่รู้สึกตัว
☐ หายใจติดขัด	☐ ปวดแสบร้อน	☐ เหงื่อออก	☐ คลื่นไส้ อาเจียน	☐ มือสั่น	
☐ เวียนศีรษะ	☐ ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	☐ น้ำตาไหล	☐ ปวดท้อง	☐ เดินโซเซ	
☐ ปวดศีรษะ		☐ น้ำลายไหล			
☐ นอนหลับไม่สนิท		☐ น้ำมูกไหล			

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

อาการ	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 – 23		
	☐ 1. (15 – 24 คะแนน)	☐ 2. (25 – 30 คะแนน)	☐ 3. สูง (31 – 45 คะแนน)
☐ ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 1 (1 อาการขึ้นไป)	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 2 (1 อาการขึ้นไป)	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
☐ มีอาการกลุ่มที่ 3 (1 อาการขึ้นไป)	สูง	สูง	สูงมาก

หมายเหตุ: หากพบว่าเกษตรกรมีอาการผิดปกติของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ให้เลือกอาการกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่า คือ เลือกกลุ่มที่ 2 มาทำ matrix หาระดับความเสี่ยง

ผลการประเมินความเสี่ยงในการทำงานที่ได้ (เกษตรกรที่มีผลประเมินความเสี่ยงค่อนข้างสูง จนถึงสูงมากให้ ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส)

- ☐ 1. มีความเสี่ยงต่ำ ☐ 2. มีความเสี่ยงปานกลาง
☐ 3. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง ☐ 4. มีความเสี่ยงสูง ☐ 5. มีความเสี่ยงสูงมาก

ส่วนที่ 5 การตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส : สอบถามข้อมูลก่อนมีการเจาะเลือดคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเกษตรกร (เฉพาะกลุ่มที่ซักประวัติว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่ตรวจในผู้ที่ใช้เฉพาะสารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ยาฆ่าหญ้า)

- ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไต ☐ โรคตับ ☐ ขาดสารอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ปัจจุบันท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ pyridostigmine (ชื่อทางการค้า Mastinon) หรือไม่
☐ รับประทาน ☐ ไม่ได้รับประทาน
- ท่านฉีดพ่น/มีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่
☐ 1-2 วันที่ผ่านมา ☐ 3-7 วัน ☐ >7-14 วัน ☐ 14 วันขึ้นไป
- จำนวนวันเฉลี่ยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน
☐ < 7 วัน ต่อเดือน ☐ > 7 วัน ต่อเดือน
- ท่านใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม เพื่อวัตถุประสงค์ใด
☐ กำจัดแมลง ☐ กำจัดวัชพืช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุชื่อสารเคมีในการทำเกษตรกรรม ที่ท่านใช้ตามข้อ 5

ลำดับ	ชื่อการค้า	ชื่อสามัญ (ถ้าทราบ)
1		
2		
3		
4		

ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส

☐ 1. ปกติ	☐ 2. ปกติ	☐ 3. มีความเสี่ยง	☐ 4. ไม่ปกติ

เกณฑ์การประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ)

เกณฑ์ประเมินนี้ เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเองของหน่วยบริการสาธารณสุข หรือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในการติดตาม ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน และมีการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสนใจในการพัฒนางานบริการอาชีวอนามัย มีการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการให้ได้ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชนได้อย่างครอบคลุม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการจัดระดับการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไว้ 4 ระดับ ได้แก่

- ระดับเริ่มต้น** -หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานได้ 1ข้อขึ้นไปแต่ไม่ครบ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)
- ระดับพื้นฐาน** -หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานได้ 6 ข้อ (ข้อ 1-6)
- ระดับดี** -หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานได้ 7 – 9 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)
- ระดับดีมาก** -หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีผลการดำเนินงานได้ 10 – 11 ข้อ (รวมกิจกรรมข้อ 1-6)

แนวทางการประเมินตามเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1. ผู้ประเมินการจัดบริการ คือ เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีการประเมินตนเองตามกิจกรรมสำคัญในการจัดบริการ 11 ข้อ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ, สาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคผู้ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
2. ประเมินผลการจัดบริการฯ ปี ละ 1 ครั้ง และส่งผลการประเมินการจัดบริการฯ ตามแบบ Occ-นบ 01 ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคสรุปผลการประเมินแต่ละระดับ ตามแบบ OCC- นบ 02 พร้อมรายชื่อ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมิน ส่งให้ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ภายในเดือนสิงหาคม

คำนิยามที่เกี่ยวข้อง

- 1.แรงงานในชุมชน หมายถึง คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ประกอบอาชีพและมีรายได้ อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม อาชีพก่อสร้าง อาชีพเสริมสอย กลุ่มอาชีพวิสาหกิจชุมชน เป็นต้น
- 2.หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู เป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชน และครอบครัว
- 3.โรคจากการทำงาน หมายถึง โรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับคนทำงาน โดยมีสาเหตุโดยตรงมาจากการสัมผัสสิ่งคุกคาม หรือสภาวะแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม

**แบบประเมินตามเกณฑ์การให้บริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน
ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ**

ชื่อหน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กิจกรรมที่สำคัญในการให้บริการ	ผลการดำเนินงาน	
	มี	ไม่มี
1. มีข้อมูลกลุ่มอาชีพของประชากร ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ		
2. มีการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ หรือใช้ชุดทดสอบ (Test Kit) ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยง		
3. มีการซักประวัติ หรือ วินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเบื้องต้น		
4. มีการบันทึกผลการดำเนินงานคัดกรอง หรือหัตถการ หรือรักษา หรือส่งต่อ และรายงานโรค ตามระบบ ICD 10		
5. ให้สุศึกษา หรือคำแนะนำ ในการลดความเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการทำงาน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน		
6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลที่สำคัญ ในการดำเนินงานแก่เครือข่าย เช่น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลกลุ่มอาชีพ สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยง ให้แก่แรงงานในชุมชนและเครือข่ายในการดำเนินงาน อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง		
7. มีการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับแรงงานในชุมชนอย่างน้อย 1 กิจกรรม		
8. มีแผนงานโครงการในการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชนร่วมกับเครือข่าย เช่น กลุ่มอาชีพ องค์การปกครองท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานของรัฐ เอกชน องค์การภาคประชาชน เป็นต้น		
9. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงานสำหรับผู้ประกอบอาชีพในชุมชน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (นอกสังกัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข)		
10. มีการสำรวจ และประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชนร่วมกับเครือข่าย โดยการสนับสนุนวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. สสจ. สคร. เป็นต้น		
11. มีรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ แรงงานในชุมชน ทั้งด้านการเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. , สสจ., เครือข่าย เป็นต้น		

สรุปผลการดำเนินการตามเกณฑ์ ☐ ระดับเริ่มต้น ☐ ระดับพื้นฐาน ☐ ระดับดี ☐ ระดับดีมาก

ผู้ประเมิน.....วันที่.....

**คำอธิบายกิจกรรมสำคัญการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน
ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ**

กิจกรรมที่สำคัญในการจัดบริการ	คำอธิบายกิจกรรม
1. มีข้อมูลกลุ่มอาชีพของประชากร ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ	หน่วยบริการสุขภาพสุขภาพปฐมภูมิ มีการเก็บและรวบรวมข้อมูลกลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ) กลุ่มเก็บและคัดแยกขยะ กลุ่มแกะสลักหิน กลุ่มทอผ้า เป็นต้น ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการฯ โดยข้อมูลอาจประกอบด้วย ประเภทการประกอบอาชีพ จำนวนผู้ประกอบอาชีพ พื้นที่ที่ประกอบอาชีพ ฯลฯ จัดเก็บในรูปแบบเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นสามารถดำเนินการโดยหน่วยบริการฯเอง หรือใช้ข้อมูลจากหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
2. มีการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ หรือใช้ชุดทดสอบ (Test Kit) ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยง	การตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงที่เกิดจากการทำงาน สามารถใช้เครื่องมือในรูปแบบของแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ เช่น แบบประเมินความเสี่ยงทำงานของเกษตรกรฯ แบบประเมินความเสี่ยงทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ แบบคัดกรองผู้มีความเสี่ยงในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเก็บ คัดแยกและรีไซเคิลขยะแบบประเมินความเสี่ยงทางการศาสตร์ เป็นต้น หรือใช้ชุดทดสอบ (Test Kit) ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยง เช่น กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส(Cholinesterase Reactive paper) เป็นต้น อาจทำร่วมกับการคัดกรองสุขภาพทั่วไป เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
3. มีการซักประวัติ หรือ วินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเบื้องต้น	มีการซักประวัติผู้ที่มารับบริการว่ามีสาเหตุเกิดจากการทำงานหรือไม่อย่างไร เช่น มีอาการขณะทำงาน สัมผัสปัจจัยเสี่ยง (เสียงดัง สารเคมี ฝุ่น ทำท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง ฯลฯ) เพื่อนร่วมงานมีอาการลักษณะเดียวกันหรือไม่ เป็นต้น หรือมีการวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพเบื้องต้น ในโรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน เช่น แพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นต้น
4. มีการบันทึกผลการดำเนินงานคัดกรอง หรือ หัตถการ หรือรักษา หรือส่งต่อ และรายงานโรค ตามระบบ ICD 10	มีการบันทึกผลการดำเนินงานจากการคัดกรอง การวินิจฉัยการให้หัตถการ การรักษา การส่งต่อ และการรายงานโรคที่เกิดจากการทำงานตามระบบ ICD - 10 ซึ่งขึ้นอยู่กับระบบที่มีของหน่วยบริการ เช่น Hos-xp, JHCIS เป็นต้น

กิจกรรมที่สำคัญในการจัดบริการ	คำอธิบายกิจกรรม
5. ให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือคำแนะนำ ในการลดความเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการทำงาน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน	หลังจากที่ให้บริการในการตรวจคัดกรอง หรือรักษาเบื้องต้นแล้ว ควรมีการให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือคำแนะนำ ในการลดความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานที่เหมาะสม เช่น การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล(PPE) ขณะทำงาน การลด ละ เลิก การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้ท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน เป็นต้น ส่วนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การจัดแสงสว่างให้เหมาะสมกับงาน การควบคุมเสียงดัง การจัดพื้นที่การทำงานให้ปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งการให้ผู้เชี่ยวชาญทำได้หลายรูปแบบ ทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เช่น การให้คำแนะนำ การสอน การอธิบายโดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีโอ เสียงตามสาย เป็นต้น
6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลที่สำคัญ ในการดำเนินงานแก่เครือข่าย เช่น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลกลุ่มอาชีพ สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยง ให้แก่แรงงานในชุมชนและเครือข่ายในการดำเนินงาน อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	มีการจัดเวที/กิจกรรม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย เช่น ข้อมูลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในชุมชน ความเสี่ยงที่เกิดจากการทำงานของคนในชุมชน ข้อมูลกลุ่มอาชีพที่มีในชุมชน เพื่อให้หน่วยงานอื่นๆ ได้รับทราบข้อมูล และนำข้อมูลมาใช้ในเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาาร่วมกันของหน่วยงานเครือข่ายอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ประกอบอาชีพ หน่วยงานท้องถิ่น(อบต. เทศบาล) เกษตรตำบล/อำเภอ แรงงานจังหวัด เป็นต้น ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งการคืนข้อมูลอาจประสานเข้ากับการประชุมตามปกติของชุมชน/พื้นที่ก็ได้
7. มีการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน สำหรับแรงงานในชุมชนอย่างน้อย 1 กิจกรรม	มีการพัฒนาเครือข่าย โดยการจัดอบรม การให้ความรู้ หรือมีกิจกรรมที่ ส่งเสริมความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน ให้กับเครือข่ายที่มีอยู่ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครอาชีวอนามัย (อส.อช.) กลุ่มผู้ประกอบอาชีพในชุมชน เครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เป็นต้น
8. มีแผนงานโครงการในการดูแลสุขภาพ แรงงานในชุมชนร่วมกับเครือข่าย เช่น กลุ่มอาชีพ องค์กรปกครองท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานของรัฐ เอกชน องค์กรภาคประชาชน เป็นต้น	มีการวางแผนงานโครงการในการดูแลสุขภาพแรงงานในชุมชน ร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขหรือเครือข่ายอื่นๆที่มีในชุมชน เช่น โครงการป้องกันควบคุมโรคจากการทำงานในกลุ่มอาชีพ การส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อลดความเสี่ยง เป็นต้น
9. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงานสำหรับผู้ประกอบอาชีพในชุมชน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (นอกสังกัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข)	ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน/จัดกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน เช่น กิจกรรมการสำรวจ ประเมินความเสี่ยง และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน กิจกรรมสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย กิจกรรมการตรวจคัดกรองความเสี่ยงผู้สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น จากหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเช่น สสส., สปสช. อปท. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นต้น

กิจกรรมที่สำคัญในการจัดบริการ	คำอธิบายกิจกรรม
10. มีการสำรวจ และประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชนร่วมกับเครือข่าย โดยการสนับสนุนวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. สสจ. สคร. เป็นต้น	มีการลงพื้นที่/จัดกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในชุมชน ร่วมกับเครือข่าย(อปท. ตัวแทนผู้ประกอบอาชีพ ฯลฯ)โดยการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประเมินความเสี่ยงจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นในงาน โดยใช้เครื่องมือ เช่น แบบการสำรวจปรับปรุงสภาพการทำงานในงานภาคเกษตร (WIND) แบบสำรวจปรับปรุงสภาพการทำงานสำหรับผู้ทำงานที่บ้าน (WISH) แบบวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (JSA) แบบสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเก็บ คัดแยกและรีไซเคิลขยะ เป็นต้น
11. มีรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของแรงงานในชุมชน ทั้งด้านการเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. , สสจ., เครือข่าย เป็นต้น	รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการทำงาน เช่น ข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ อาชีพกลุ่มเสี่ยง ผลการคัดกรองความเสี่ยง ข้อมูลเจ็บป่วย/บาดเจ็บ แนวโน้มการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับสภาวะความเจ็บป่วยของแรงงานในชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด องค์กรปกครองท้องถิ่น เป็นต้น

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (1 พ.ย.60)

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำชี้แจง

1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน (ยกเว้นข้อที่กำหนดเป็นอย่างอื่น)
2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นแนวทางการพิจารณา/เกณฑ์ที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
01	การกำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร ผู้ประกอบอาชีพ และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในชุมชน	มีเอกสารแสดงการกำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรของรพ.สต. ผู้ประกอบอาชีพ และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในชุมชน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้รับทราบ	0 1 2 3	-ไม่มีการกำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายที่เกี่ยวข้อง -มีการกำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายการดูแล สุขภาพความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพ แวดล้อมการทำงาน เฉพาะผู้ประกอบอาชีพภายนอก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร -มีการกำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายฯ แก่ผู้ ประกอบอาชีพภายนอก และบุคลากรของรพ.สต.อย่าง เป็นลายลักษณ์อักษรโดยมีการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมาย ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้รับทราบ -มีการกำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายฯ แก่ผู้ ประกอบอาชีพภายนอก,บุคลากรของรพ.สต. และผู้ ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการสื่อสารให้กลุ่ม เป้าหมายทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้รับทราบ		
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัย หรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	มีแผนงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการรายปี และ แผนระยะยาว 3-5 ปีร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่าย องค์กร ที่เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ในพื้นที่	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินงาน -มีการจัดทำแผนปฏิบัติการรายปี -มีการจัดทำแผนงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ -มีการจัดทำแผนระยะยาว 3-5 ปี		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
03	การทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการของเครือข่ายในพื้นที่ เช่น คณะทำงานคปสอ. หรือ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ โดยคณะทำงานดังกล่าว มีการสนับสนุนกิจกรรมด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เช่น งบประมาณ ฯลฯ	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินงาน -มีการดำเนินกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่าย -ร่วมเป็นคณะกรรมการกับหน่วยงานเครือข่าย -คณะทำงานมีการดำเนินงานร่วมกันด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยปีละ 3 กิจกรรม		
04	สมรรถนะของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงถึงคุณวุฒิของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัย เช่น ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานทางด้านอาชีวอนามัย หรือ อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือจบปริญญาตรีอาชีวอนามัย หรือ อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง หมายเหตุ : หลักสูตรพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยที่มีระยะเวลาการอบรมอย่างน้อย 3 วันขึ้นไป จากหน่วยงานทางวิชาการ หรือ สถาบันทางการศึกษา (พิจารณาภายในรอบระยะเวลา 5 ปี)	0 1 2 3	ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย -มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย -ผู้รับผิดชอบงานได้รับการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม หรือ พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง -ผู้รับผิดชอบหลักจบการศึกษาปริญญาตรีทาง อาชีวอนามัย หรือ อนามัยสิ่งแวดล้อม		
05	การศึกษาวิจัย/ สร้างนวัตกรรม/ สร้างองค์ความรู้/ผลงานวิชาการเพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัยหรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีรายงานการศึกษาวิจัย/สร้างนวัตกรรม/สร้างองค์ความรู้/R to R /ผลงานวิชาการเพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีการเผยแพร่ผลงานนั้นๆ เช่น การนำเสนอในเวทีวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป หรือการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป (ภายในรอบระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา)	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -ร่วมศึกษาวิจัย/นวัตกรรม//R to R /สร้างองค์ความรู้/ผลงานวิชาการกับหน่วยงานอื่น (ผู้จัดทำร่วม) -ศึกษาวิจัย/นวัตกรรม//R to R /สร้างองค์ความรู้/ผลงานวิชาการโดยหน่วยงานเอง (ผู้จัดทำหลัก) -เป็นผู้จัดทำหลักที่มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัย/นวัตกรรม//R to R /สร้างองค์ความรู้/ผลงานวิชาการ โดยนำเสนอในเวทีวิชาการหรือการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01- 05 (X)	=	ผลลัพธ์= { (X) /15 }x100 =.....%		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)					
06	การเดินสำรวจสถานที่ทำงาน เพื่อค้นหาสิ่งคุกคามสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในรพ.สต.	มีรายงานผลการเดินสำรวจบริเวณสถานที่ทำงานของรพ.สต. โดยระบุถึงสิ่งคุกคามสุขภาพ/อันตราย โอกาสของการเกิดอันตราย ระดับความเป็นอันตราย และระดับความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรรพ.สต. โดยใช้แบบสอบถาม และสื่อสารความเสี่ยง แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อความร่วมมือในการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไข	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจสถานที่ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานที่ทำงานเพื่อค้นหาสิ่งคุกคาม โดยใช้แบบสำรวจ -มีการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน -มีการสื่อสารความเสี่ยง แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบเพื่อความร่วมมือในการดำเนินงาน		
07	การจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในรพ.สต.	มีแผนงานหรือโครงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน โดยมีรายงานการติดตาม การประเมิน การสรุปผลการดำเนินงานตามแผน/โครงการจัดการความเสี่ยงนั้นๆ เช่น -แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ : ติดโคมไฟเสริมบริเวณจุดที่อ่านเอกสาร/บันทึกข้อมูล ฯลฯ	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน -มีแผนหรือโครงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน -มีการดำเนินการจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน -สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความเสี่ยง และมีการประเมิน ติดตามผล		
08	การตรวจสอบสุขภาพบุคลากรของรพ.สต.	มีรายงานผลการตรวจสุขภาพของบุคลากร และบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือเจ็บป่วย ได้รับการดูแลสุขภาพ โดยมีการจัดทำสถานการณ์สุขภาพบุคลากร พร้อมแนวทางการควบคุมป้องกันความเสี่ยง/โรคจากการทำงาน (อาจพิจารณาใช้แนวทางการจัดทำสถานการณ์สุขภาพบุคลากรของโรงพยาบาลตามแนวทางของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม)	0 1 2 3	-บุคลากรไม่ได้รับตรวจสุขภาพ -บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพทั่วไป หรือตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน -บุคลากรกลุ่มเสี่ยงหรือป่วยได้รับการดูแลสุขภาพ -มีการจัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพของบุคลากร พร้อมแนวทางการควบคุมป้องกันความเสี่ยง/โรคจากการทำงาน		
09	การได้รับภูมิคุ้มกันโรค-ตามความเสี่ยงของบุคลากร	มีเอกสาร/รายงานการกำหนดกลุ่มเสี่ยง ตามชนิดของวัคซีนที่ควรได้รับ แก่บุคลากรตามข้อกำหนดของกรมควบคุมโรค เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม โรคอีสุกอีใส โดยบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคน	0 1 2	-ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามความเสี่ยงของงานแก่บุคลากร -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนที่ควรได้รับ -บุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนได้รับภูมิคุ้มกันตามที่กำหนดอย่างน้อย 1 ชนิด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ได้รับอนุมัติกันตามที่กำหนด และมีการติดตามผลหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีน	3	-บุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนได้รับอนุมัติกันตามที่กำหนดอย่างน้อย 2 ชนิด		
10	การจัดทำแนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ที่ครอบคลุมทุกความเสี่ยง โดยมีการทบทวนปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 เรื่อง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน -มีแนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ไม่ครอบคลุมทุกความเสี่ยง -มีแนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ครอบคลุมทุกความเสี่ยง -ทบทวนปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 เรื่อง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 6 -10 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X) / 15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม						
11	การเดินสำรวจสถานที่ทำงานเพื่อค้นหาสิ่งคุกคามสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในพื้นที่	มีรายงานผลการเดินสำรวจสถานที่ทำงาน เช่น สถานประกอบการ วิสาหกิจชุมชน แรงงานนอกระบบ ฯลฯ โดยระบุถึงสิ่งคุกคามสุขภาพ/อันตราย โอกาสของการเกิดอันตราย ระดับความเป็นอันตราย และระดับความเสี่ยงจากการทำงาน ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในชุมชน โดยใช้แบบสำรวจสถานประกอบการ แบบประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช เช่น นบก. หรือ แบบประเมินความเสี่ยงแรงงานนอกระบบ และสื่อสารความความเสี่ยง แก่กลุ่มเป้าหมาย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อความร่วมมือในการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไข	0 1 2 3	-ไม่มีการเดินสำรวจสถานที่ทำงาน -มีการเดินสำรวจสถานที่ทำงานและมีการจัดระดับความเสี่ยงจากการทำงาน หรือมีการจัดระดับความเสี่ยงจากการทำงานรายบุคคล -มีการสื่อสารความความเสี่ยง หรือคืนข้อมูลแก่สถานประกอบการ หรือผู้ประกอบการอาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อความร่วมมือในการดำเนินงานจัดการความ-เสี่ยง -สนับสนุน หรือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดการความเสี่ยง พร้อมสรุปรายงานการจัดการความเสี่ยง		
12	การจัดการบริการตรวจสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพในชุมชน	มีรายงานผลการให้บริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานแก่ผู้ประกอบการอาชีพ โดยมีการวิเคราะห์ และสรุปสถานการณ์สุขภาพตามปัจจัย	0 1	-ไม่มีการจัดการบริการตรวจสุขภาพ -ร่วมเป็นทีมกับหน่วยงานอื่นๆ ในการให้บริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน		เจาะเลือดเกษตรกรได้

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เสียงของผู้ประกอบอาชีพในพื้นที่	2	-ให้บริการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน		
			3	-วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพในพื้นที่		
13	การให้ความรู้/คำปรึกษาทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ประกอบอาชีพ/นายจ้าง หรือ เครือข่ายอื่นๆ เช่น อสม.	มีหลักฐานที่แสดงถึงการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้/คำปรึกษาทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมแก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ประกอบอาชีพ/นายจ้าง หรือ เครือข่ายอื่นๆ เช่น อสม. ผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ทั้ง การให้บริการเชิงรุกในชุมชน และ เชิงรับในรพ.สต. โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมาย หรือ เครือข่ายในพื้นที่ การใช้ช่องทาง หรือ เทคโนโลยีต่างๆในการให้บริการ	0 1 2 3	-ไม่มีการให้ความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม -มีการให้ความรู้/คำปรึกษาทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเฉพาะการจัดบริการเชิงรับในรพ.สต. หรือ ออกให้บริการเชิงรุกในชุมชน -มีการให้ความรู้/คำปรึกษาทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ทั้งเชิงรุกในชุมชน และ เชิงรับใน รพ.สต. -มีการให้ความรู้/คำปรึกษาทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ที่มีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมาย หรือ เครือข่ายในพื้นที่ การใช้ช่องทาง หรือ เทคโนโลยีต่างๆในการให้บริการ ฯลฯ		
14	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย หรือ ข้อมูลพื้นฐานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพในชุมชน โดยข้อมูลควรประกอบด้วย ที่ตั้ง จำนวน ประเภท ขนาดของสถานประกอบการที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ และหรือจำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น หรือ ข้อมูลพื้นฐานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งก่อมลพิษ ชนิดสิ่งคุกคาม จำนวน ผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ไม่ครบทุกหมู่บ้าน/ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยของผู้ประกอบอาชีพ หรือ ข้อมูลด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมครบ ทุกหมู่บ้าน/ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ -มีการจัดทำเป็นรายงาน พร้อมนำเสนอ หรือ พร้อมใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนงานโครงการต่างๆ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
15	การเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน หรือ โรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม สภาพปัญหาของพื้นที่	มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน หรือ โรคจากสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยมีรายงานการเฝ้าระวังโรคฯ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (การเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน/โรคจากสิ่งแวดล้อม คือการเฝ้าสังเกตสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานหรือมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี)	0 1 2 3	ไม่มีการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานหรือโรคจาก- สิ่งแวดล้อม -มีสถานการณ์โรคจากการทำงาน หรือโรคจาก- สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน หรือโรคจาก สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ -มีรายงานการเฝ้าระวังโรค หรือ โรคจากสิ่งแวดล้อม เผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
16	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุทั้งภายในและหรือภายนอกพร.สต. โดยมีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่างๆ เช่นการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	-ไม่มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือ โรคจากสิ่งแวดล้อม -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน จากการทำงาน หรือ โรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีพบป่วย ในพื้นที่ -ร่วมเป็นทีมสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือ โรคจากสิ่งแวดล้อม -ดำเนินการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม พร้อมจัดทำรายงานการ สอบสวน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 11- 16 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X) 18\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ						
17	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยหรือ เวชกรรม-สิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการเข้ารับบริการอาชีวอนามัย หรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการประชาสัมพันธ์เชิงรุก แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทาง/สื่อต่างๆ อย่างน้อย 2 ช่องทาง	0 1 2 3	-ไม่มีการประชาสัมพันธ์แนวทางการให้บริการของ รพ.สต. -มีการจัดทำแนวทางการเข้ารับบริการ -มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกแก่กลุ่มเป้าหมาย -มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกและเชิงรับแก่		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				กลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 2 ช่องทาง		
18	การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย รักษาอาการ/การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน ชนิด ของอาการ/โรค /การบาดเจ็บจากการทำงาน หรืออาการ/โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยมีการคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น พร้อมหลักฐานการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 รหัส Y96 Work-related condition :มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการทำงาน รหัส Y97 Environmental-pollution-related condition :มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับมลพิษสิ่งแวดล้อม	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินการ -มีการซักประวัติการทำงาน ตรวจ วินิจฉัย รักษา <u>การบาดเจ็บ</u> จากการทำงาน -มีการซักประวัติการทำงาน ตรวจ วินิจฉัย รักษา <u>อาการของโรค/การบาดเจ็บ</u> ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือ ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีการบันทึกข้อมูลโรค/การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือ ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามระบบ ICD-10		
19	การจัดทำแนวทางในการรับ-ส่งต่อ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค/การบาดเจ็บจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีซับซ้อน หรือการรักษาเพิ่มเติม	มีหลักฐานที่แสดงถึงการประสานงานกับ CUP หรือคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางการรับ-ส่งต่อที่กำหนดไว้ โดยมีการติดตามผลการตรวจ รักษาผู้ป่วยภายหลังการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ (รวมถึงอุบัติเหตุจากการทำงาน)	0 1 2 3	-ยังไม่มีแนวทางการรับ-ส่งต่อ -มีการจัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมสำคัญในพื้นที่ -มีการประสานกับ CUP หรือคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน เพื่อตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางการรับ-ส่งต่อที่กำหนด -มีการติดตามผลการตรวจ รักษาผู้ป่วยภายหลังการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ		
20	การติดตามและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/การบาดเจ็บจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน ชนิดของผู้ป่วยด้วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานที่ทำงาน และมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม นั้น โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.	0 1 2 3	-ไม่มีการติดตามผู้ป่วย -มีแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน -ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือสถานประกอบการ /สถานที่ทำงาน โดยบูรณาการกับงานอื่น ๆ -จัดบริการหรือประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจาก		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				สิ่งแวดล้อม		
21	การเข้าถึงการจัดบริการ อาชีวอนามัยหรือเวชกรรม- สิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ	มีหลักฐานที่แสดงถึง จำนวนผู้ประกอบอาชีพ ที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัย หรือผู้ได้รับ ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการเวช กรรมสิ่งแวดล้อม ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพิ่มขึ้นเมื่อ เทียบกับปีที่ผ่านมา และแนวทางการเพิ่มจำนวน กลุ่มเป้าหมายในปีถัดไป	0 1 2 3	-ไม่มีการดำเนินงาน -จำนวนผู้รับบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม- สิ่งแวดล้อม <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม- สิ่งแวดล้อม <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา -จำนวนผู้รับบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม- สิ่งแวดล้อม <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการกำหนดแนวทางการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ ในปีถัดไป		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 17 - 21 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
22	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ	มีหลักฐานแสดงข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษ สิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ ที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพหรือคาดว่าจะเป็แหล่งกำเนิดมลพิษ เช่น จะมีการก่อสร้างโรงไฟฟ้าในพื้นที่รวมถึงเหตุรำคาญ เหตุร้องเรียน โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือ รวบรวมข้อมูล ทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดทำรายงาน สถานการณ์การเฝ้าระวังด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพและนำเสนอให้กับหน่วยงาน/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องทราบ	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษ สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษ สิ่งแวดล้อมหรือคาดว่าจะเป็แหล่งกำเนิดมลพิษที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพ -มีการจัดทำรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังด้าน มลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ -นำเสนอให้กับหน่วยงาน/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ทราบ		
23	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจ ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง/แนวปฏิบัติ/Flow chart ตามแนวทางที่ โรงพยาบาลกำหนดหรือที่ใช้อ้างอิง ในการคัดกรอง สุขภาพโดยมีแบบฟอร์มหรือเอกสารที่ใช้ในการคัด กรองปัญหาสุขภาพ และทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือ	0 1	-ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้อาจได้รับผลกระทบ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้อาจได้รับผลกระทบจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม ตามปัญหาในพื้นที่		กรณีพื้นที่ยังไม่มีแหล่งกำเนิด มลพิษ ไม่นำข้อนี้มาคิดคะแนน

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง จาก การคัดกรองผู้ป่วย เพื่อติดตาม/เยี่ยมบ้าน/ส่งต่อ เพื่อการรักษา (กรณีพื้นที่ยังไม่มีแหล่งกำเนิดมลพิษ ไม่นำข้อนี้มา คิดคะแนน)	2 3	-มีการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด -มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง		
24	การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากมลพิษ <u>สิ่งแวดล้อม</u> แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง	- มีการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่ประชาชน บุคลากร และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและลดความ เสี่ยง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การจัด นิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ - มีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อนำปัญหา อุปสรรคในการสื่อสารความเสี่ยงมา ปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย (หมายเหตุ การสื่อสารความเสี่ยงข้อนี้ได้เชื่อมโยง ปัญหาเป็นการเฉพาะ เพราะการให้ความรู้กรณี สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ถือว่าเป็นการสื่อสารความ เสี่ยงในข้อนี้ได้ รวมถึง กรณีสารตะกั่วในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก ก็สามารถทำการสื่อสารความเสี่ยงได้***** ถึงแม้จะไม่มีปัญหามลพิษเป็นกรณีที่เป็นโรงงาน / เหมือง / โรงไฟฟ้า / โรงโมหิน ก็ตาม เนื่องจากการ การจัดบริการ มีกลุ่มเป้าหมายคือ "ประชาชน" ที่อยู่ ใน = 1.กลุ่มที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยง 2.กลุ่มเปราะบาง ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เด็ก ผู้สูงอายุ 3.กลุ่ม ผู้บริโภค : กรณีสารเคมีทางการเกษตร สารตะกั่วใน	0 1 2 3	-ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแผน หรือ แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ ผู้ที่ เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสรุปผลการสื่อสารความเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เครื่องใช้ Asbestos ในเครื่องใช้ เป็นต้น)				
25	การจัดเตรียมความพร้อมในการ รองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษ- สิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงใน พื้นที่	มีการจัดทำแผนหรือร่วมจัดทำแผนกับหน่วยงานอื่น เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหาสารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงานเกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อม ด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครอง ความ ปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูล สืบค้นสารเคมี ฯลฯ รวมทั้งมีการร่วมซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0 1 2 3	-ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม -เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์- คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล อุปกรณ์ปฐมพยาบาล -ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและ อพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุป รายงาน -ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้าน สารเคมี หรือรังสี ในระดับอำเภอ/ตำบล		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 22 - 25 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/12\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้} / 15) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้} / 15) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ ผู้ประกอบอาชีพภายนอก และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	6	18	$(\text{คะแนนที่ได้} / 18) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้} / 15) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานด้านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	4	12	$(\text{คะแนนที่ได้} / 12) \times 100$	50%
รวม	25	75		

การแบ่งระดับภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1 และ 3 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม , การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม , การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-4 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม , การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม , การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานด้านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

สรุปการประเมิน

องค์ประกอบที่	จำนวนคะแนน		ร้อยละ	การประเมิน	
	เต็ม	ผล		ผ่าน	ไม่ผ่าน
1					
2					
3					
4					
5					

สรุปผลการประเมิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความพร้อมในการขอรับรองระดับ

- ☐ เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,3 ร้อยละ 50)
- ☐ ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 50)
- ☐ ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-4 ร้อยละ 50)
- ☐ ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5 ร้อยละ 50)

ผู้รายงาน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (update 1 พ.ย.60)

- คำชี้แจง
1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
 2. รอบเวลาการพิจารณา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆในพื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบ ประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนามโดยผู้บริหารคนปัจจุบัน หรือระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจิตบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติแผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่ สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
03	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีโครงสร้างอัตรากำลังของงานอาชีวอนามัยตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม) หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้านอาชีวอนามัย พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางอาชีวอนามัย หลักสูตร 60 ชม. นักวิชาการสาธารณสุข/อื่นๆ ที่ผ่านการอบรมทางอาชีวอนามัยพื้นฐาน ผ่านหลักสูตร	0 1 2 3	- ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย - มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีวอนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้านอาชีวอนามัยหรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		พื้นฐาน		บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุขหรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม		
04	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนาองค์ความรู้หรือศึกษาต่อ) ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		
05	การจัดการความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญรวมทั้งมีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงานการทบทวนหลังการทำงาน (After action review: AAR) หลังซ้อมดับเพลิง, case study, สนทนาสนทนา (Dialogue), community of practice (CoP) ชุมชนนักปฏิบัติ หรือ เรื่องเล่าเร้าพลัง (Storytelling) ฯลฯ และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจิทัลบอร์ด หนังสือเวียนเว็บไซต์ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ		
06	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในหรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือ การศึกษา วิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการใน	0 1 2	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์-สิ่งแวดล้อมโดย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	3	ตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
07	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ	เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงานระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) หรือคณะกรรมการอื่นๆที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย โดยมีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัดหรืออำเภอ	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ ในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ		
08	การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่ายสนับสนุนบุคลากรในการร่วมออกปฏิบัติงาน เพื่อให้ รพ.สต.เกิดการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีรายชื่อโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรคจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. ในเครือข่าย	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนรพ.สต. ให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-08 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/24\} \times 100$	=.....%	

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล						
09	คณะกรรมการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาล	มีหลักฐานแสดงการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพ-แวดล้อมในการทำงานและมีการรายงานการประชุมคณะกรรมการโดยมีวาระ/มติ ที่เป็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	0 1 2 3	- ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุมโดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีวอนามัยฯ - คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีข้อเสนอแนะ/มติ/การติดตามผลการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย		
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น แบบ RAH 01 หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมทั้งมีรายงาน หลักฐานที่แสดงถึงการสื่อสารความเสี่ยง หรือให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการจัดการความเสี่ยงนั้นๆ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการนำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาลให้รับทราบ	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		
11	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุข-ศาสตร์	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ และมีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0 1	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ - มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			2	- มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน		
			3	- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพ-แวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
12	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อและแผนกของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิด ตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม- หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	0 1 2 3	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล - มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิด และครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคน รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		
13	การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพ-แวดล้อมการทำงานของบุคลากร	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยง วิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณาใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพ-แวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
				สุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		
14	การให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงถึงการดำเนินกิจกรรม การให้การอบรมทางด้านอาชีวอนามัย ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมายทั้งภายใน โรงพยาบาล <u>อย่างเป็นระบบ</u> แบบห้องเรียน (classroom) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยมีผลการประเมินการฝึกอบรม	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีว-อนามัย ปลอดภัย และสภาพ-แวดล้อมในการทำงาน - จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร - ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน แก่กลุ่มเป้าหมาย - จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรม ภายหลังการฝึกอบรมทางด้าน อาชีวอนามัย		
15	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงผลการประเมินการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน และหลักฐานแสดงการทบทวน เช่น ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้เกี่ยวข้อง รายงานการประชุมที่มีวาระการปรับปรุง ฯลฯ และมีการปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ในรอบปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัย - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
16	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	มีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ และจัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ ฯลฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล - ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน - ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล		
17	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก		
18	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR) ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = \frac{\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนดตามปีปฏิทิน}}{\text{จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 1,000,000$ หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ทั้ง	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0-15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		$IFR = \frac{X * 1,000,000}{1,680 * \text{จำนวนบุคลากร}}$

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: ตัวอย่างการคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากรที่ทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน ใน 1 ปีทำงาน 240 วัน = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE กสธ.) FTE = Full Time Equivalent				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09 -18 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริหารอาชีพอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริหารอาชีพอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน						
19	การเดินสำรวจสถาน- ประกอบการ หรือสถานที่ ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการ ความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยง จากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ หรือ สถานที่ทำงาน เช่น แบบสำรวจสถานประกอบการ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูล การจัดระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่ แสดงถึงการให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหาร จัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการ หรือสถานที่ ทำงาน เสนอแนะ (พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเป็น แรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือ สถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ ทำงาน และมีการประเมิน ความ เสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อม จัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความ เสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
20	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวางแผน และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ มีผลการดำเนินงานก่อนหลังที่สำเร็จชัดเจน เกิดองค์ความรู้ใหม่ เป็นต้น	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและโปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ มีผลการดำเนินงานก่อนหลังที่สำเร็จชัดเจน เกิดองค์ความรู้ใหม่ เป็นต้น		
21	การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงถึงการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เช่น การจัดสัปดาห์ความปลอดภัยในการทำงาน การจัดบอร์ดนิทรรศการ การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ รวมทั้งการให้คำปรึกษา โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆในการให้บริการ รวมทั้งหลักฐานแสดงการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ	0 1 2 3	- ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยโดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการให้บริการ - มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยโดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ		
22	การสนับสนุนให้สถานประกอบการดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัย โรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการสนับสนุนสถานประกอบการในการคัดกรอง ส่งต่อ ฯ เช่น การจัดประชุม/อบรมการวิธีการดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อสถานประกอบการ และเอกสารแสดง	0 1 2	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		จำนวนลูกจ้างที่สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการวินิจฉัย/รักษาโรคจากการทำงาน (กรณีโรงพยาบาลไม่รับประกันสังคม ไปสนับสนุน แต่นายจ้างส่งต่อไปที่อื่นก็ได้ แต่ต้องมีข้อมูลผู้ป่วยแสดง)	3	กรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถานประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง		
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงานในระบบ และหรือแรงงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแผนกต่างๆ สภาวะสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพคือ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมีการวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม	0 1 2 3	- ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี		
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยมีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องผ่านช่องทางต่างๆ เช่นการประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานกรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาลหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ. และหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		
26	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน	0 1 2	- จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
			3	วอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน		
27	การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	มีหลักฐานเอกสารแสดงถึงคุณภาพการดำเนินงานลดอัตราการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริมป้องกันในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานที่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญดังนี้ (ข้อนี้เน้นในโรงพยาบาลด้วยได้) - การเดินสำรวจ การประเมิน การจัดระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหารจัดการความเสี่ยง - การจัดทำรายการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และมีการจัดการตรวจสุขภาพทั่วไปและตามปัจจัยเสี่ยงโดยมีการวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพดังกล่าว (เอกสารสถานประกอบการมีวิเคราะห์ได้ในกรณีสถานประกอบการให้บริการจากหน่วยบริการอื่น) - การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน - การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานมายังโรงพยาบาล - การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะ	0 1 2 3	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริมป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริมป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริมป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		งานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน				
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27(X) =		ผลลัพธ์= { (X)/27 } x 100	=.....%	
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
28	การพัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษและควรมีล่ามเพื่อสื่อภาษาในกรณีมีการให้บริการแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
29	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีวอนามัย และความปลอดภัย	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน - มีการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือสถาบันทางวิชาการ - มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
30	การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพ-แวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณสมบัติในสาขาอาชีวอนามัย และความปลอดภัยและมีเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามระยะเวลาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ	0 1 2 3	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย - มีเครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		
31	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีวอนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขต	0 1 2 3	- ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		เศรษฐกิจพิเศษ)		กำหนด		
32	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึกรายงานข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แพ้ม และรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรครักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานตามแนวทางที่กำหนด - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ - มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		
33	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
34	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ในบุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และมีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมินเบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย	0 1 2	- ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	3	รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถาน ประกอบการทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกาย และจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยม ติดตาม		
35	การดูแล รักษา และติดตาม ผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถาน ประกอบการ	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุทั้งจาก การทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตาม ที่บ้าน หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมา รับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบอาชีพภายนอก รพ. อาจ ดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	0 1 2 3	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการ ทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษา ต่อเนื่อง - มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		
36	การประเมินความพึงพอใจ การ รับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้ง เชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิง รุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึง พอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิง รุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการ ให้บริการอาชีวอนามัย		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
37	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการชักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานด้วยการชักประวัติเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28-37 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
38	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบหรือคาดว่าจะเป็แหล่งกำเนิดมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่น จะมีการก่อสร้างโรงไฟฟ้าในพื้นที่ และพื้นที่ที่มีการสร้างโรงงานอุตสาหกรรมแต่ยังไม่เริ่มประกอบกิจการ เป็นต้น โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือคาดว่าจะเป็แหล่งกำเนิดมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการจัดทำรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และนำเสนอให้กับหน่วยงาน/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
39	การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตาม	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงที่	0	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตาม		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	วิเคราะห์ (ข้อ 38) โดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ หรือข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุข หรือจากฐานข้อมูล ICD10 ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	1 2 3	ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม - มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำรายงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมนำเสนอให้กับหน่วยงาน/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
40	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดหรือที่ใช้อ้างอิง และมีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อติดตาม /เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อ เพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	0 1 2 3	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด - มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
41	การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษ	- มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	0 1	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยง		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	สิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา	จากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสารความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่านสื่อต่างๆ - มีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อนำปัญหา อุปสรรคในการสื่อสารความเสี่ยงมาปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	2 3	ให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย		
42	การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหาสารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงาน เกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ รวมทั้งมีการซ้อมแผน (ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง - จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น		-ตัวอย่างแผนเตรียมความพร้อม ตารางทะเบียน อุปกรณ์ตอบโต้ เช่น PPE ครบถ้วน เหมาะสม ทะเบียนผู้ประสานงาน ฯลฯ -Top table ได้ -กรณีฝึกซ้อมอุบัติเหตุหมู่ได้
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ38-42 (X)			=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/15\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลชุมชน

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	$(\text{คะแนนที่ได้}/24) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	$(\text{คะแนนที่ได้}/30) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	$(\text{คะแนนที่ได้}/27) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10	30	$(\text{คะแนนที่ได้}/30) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้}/15) \times 100$	50% ขึ้นไป *

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
รวม	42	126		

*** หมายเหตุ**

การแบ่งระดับโรงพยาบาลภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 70

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3,5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3,5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 60

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 5 ร้อยละ 70 ขึ้นไป

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
เริ่มต้นพัฒนา	70	70	-	-	-

ดี	70	70	70	-	50
ดีมาก	70	70	70	-	60
ดีเด่น	70	70	70	70	70

สรุปการประเมิน

องค์ประกอบที่	จำนวนคะแนน		ร้อยละ	การประเมิน	
	เต็ม	ผล		ผ่าน	ไม่ผ่าน
1					
2					
3					
4					
5					

สรุปผลการประเมิน

โรงพยาบาลชุมชน มีความพร้อมในการขอรับรองระดับ

- ☐ เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 ร้อยละ70)
- ☐ ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ70 ,องค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 50)
- ☐ ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ70 ,องค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 60)
- ☐ ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5 ร้อยละ 70)

ผู้รายงาน.....
(.....)

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

**เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (Update 20 พ.ย.60)

- คำชี้แจง**
1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น
 2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

ข้อ	องค์ประกอบของ มาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือ เอกสารยืนยัน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
1.1 การนำองค์กร						
01	ผู้บริหารระดับสูงของ โรงพยาบาลสนับสนุนการ ดำเนินงานด้านการ จัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงการกำหนดนโยบายการจัดบริการอาชีว อนามัยแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆใน พื้นที่ (กลุ่มผู้ประกอบอาชีพแรงงานในระบบประกันสังคม แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข) และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อ ดูแลสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ลงนาม	0 1 2	- ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์ อักษร		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		โดยผู้บริหาร คนปัจจุบัน หรือระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายดังกล่าวแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิจิทัลบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	3	- มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง		
1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
02	การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสู่การปฏิบัติ แผนงานระยะ 3-5 ปี (กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม) ที่จัดทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล เสนอแนะ (พิจารณาให้ข้อเสนอแนะจัดทำแผนที่มีความสอดคล้องกรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำแผนงาน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล		
03	การติดตามประเมินผลโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานของ	มีหลักฐานแสดงการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน และดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการ	0 1	- ไม่มีการติดตาม - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	โรงพยาบาล (Clinic)		2	- มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด		
			3	- มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการครบทุกข้อ		
03	การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการทางด้านอาชีวอนามัย (Non Clinic)	มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินตามตัวชี้วัดอย่างน้อย 1 โครงการที่เป็นโครงการ High light หรือโครงการจุดเน้น	0	- ไม่มีการติดตาม		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
			1	- มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม		
			2	- มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น รายไตรมาส		
			3	- มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป		
1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
04	โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และครบจำนวนตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข หรือจำนวนตามข้อเสนอของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีว-เวชศาสตร์	0	- ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมาตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
			1	- มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข		
			2	- มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล,นักวิชาการ)		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		2 เดือน หรือ อนุมัติบัตร หรือ อนุมัติบัตรสาขาเวชกรรมป้องกันแขนงอชีวเวชศาสตร์) อย่างน้อย 1 คน - พยาบาลอย่างน้อย 3 คน และผ่านการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทาง อชีวอนามัย หลักสูตร 4 เดือน อย่างน้อย 1 คน - นักวิชาการสาธารณสุขด้านอชีวอนามัย/ อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือ ปรินซิพัลสาธารณสุขศาสตร์/สิ่งแวดล้อมที่ผ่านการอบรมทางอชีวอนามัยพื้นฐาน อย่างน้อย 1 คน) - แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 คน	3	- มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และจำนวนครบตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข		
05	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (เข้าประชุม หรือรับการอบรมที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ หรือศึกษาต่อ) ด้านอชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และมีบุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอชีวอนามัย - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ		(สอบทวนเอกสาร)
06	การจัดการความรู้ด้านงานอชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีเอกสารแสดงหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ (KNOWLEDGE MANAGEMENT) ด้านการจัดบริการอชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ รวมทั้งมีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี อย่างเช่น รายงานการทำ After Action Review : AAR) เช่น ทำ AAR	0 1 2	- ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ - มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		หลังซ้อมดับเพลิง, case study, สนทรีสนทนา (Dialogue), ชุมชนนักปฏิบัติ (CoP), เรื่องเล่าเจ้าพลัง (Story tell) ฯลฯ และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ดิบบอร์ด หนังสือเวียน เว็บไซต์ ฯลฯ	3	- มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ		
07	การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการศึกษาวิจัย หรือการทำ R2R หรือ การสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในหรือภายนอกโรงพยาบาลในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการศึกษาวิจัย หรือการศึกษาวิจัยโดยกลุ่มงานเอง และมีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการ ในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา	0 1 2 3	- ไม่มีการศึกษาวิจัย - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา		
08	การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานระดับจังหวัด และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานเครือข่ายคลินิกโรคจากการทำงานระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด: อสธจ. (ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535) หรือ คณะทำงานอื่นๆที่มีคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และมีเอกสารแสดงว่างานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัด หรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการร่วมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่ - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด		
09	การสนับสนุนให้โรงพยาบาล	มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การ	0	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน		

ข้อ	องค์ประกอบของ มาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือ เอกสารยืนยัน
	ชุมชนดำเนินการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม	ฝึกอบรม การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย สนับสนุนบุคลากรในการร่วม ออกปฏิบัติงานเพื่อให้ โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการสาธารณสุขภายใต้ การกำกับดูแล เกิดการดำเนินการจัดบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม(มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อ ผู้ป่วยที่สงสัยโรคจากการทำงาน/ผู้ที่อาจได้รับ ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและมีรายชื่อ โรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ วินิจฉัยรักษาโรค จากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม) พร้อมทั้งมีการ ขยายผลการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลชุมชน ใน เครือข่าย (กรณีโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนในเขตรับผิดชอบ ไม่ต้องนำข้อนี้มาคิดคะแนน)	1 2 3	- มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนหรือ หน่วยบริการสาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแล จัดบริการอา ชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - มีการสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน ให้มีการจัดบริการอาชีว อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลชุมชนอย่าง น้อย 1 แห่ง		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100$ =.....%		
	องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล					
10	การเดินสำรวจแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อการ บริหารจัดการความเสี่ยง	มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยง จากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยใช้แบบ RAH 01 หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับ	0 1	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกใน โรงพยาบาล		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	จากการทำงาน	ความเสี่ยงในทุกแผนก พร้อมจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมทั้งมีเอกสารการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล ให้รับทราบผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุม LINE เป็นต้น	2	- มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผน		
			3	บริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร		
11	การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานที่ได้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หรือ องค์การวิชาชีพ และบุคลากร ที่ทำการตรวจตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าว จะต้องผ่านการอบรมหรือการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข หรือ องค์การวิชาชีพ หรือสถาบันทางวิชาการ ในรอบระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี	0	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน		
			1	- มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน		
			2	- มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน		
			3	- มีการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์การวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ		
12	การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขภาพ	มีผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมืออาชีวสุขภาพ และ มีหลักฐานแสดงแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม หรือเฝ้าระวังสุขภาพ ที่สอดคล้องกับผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน	0	- ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ		
			1	- มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน		
			2	- มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน		
			3	- นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน		
13	การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล	มีเอกสารแสดงการกำหนดกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งรายชื่อ และแผนกของผู้ได้รับวัคซีน โดยมีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 4 ชนิด ตามคำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค ได้แก่	0	- ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล		
			1	- มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ให้แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว	2 3	- มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว		
14	การควบคุมคุณภาพการเก็บ สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและการรายงานผลการตรวจตามหลักวิชาการ	มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ การนำส่งตัวอย่างทางชีวภาพทั้งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และผู้ประกอบการอาชีพภายนอก (เพื่อวิเคราะห์หาสารเคมี/เมตาโบไลต์ของสารเคมีในเลือด ปัสสาวะ ฯลฯ) ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เช่น ISO/IEC 17025, ISO 15189, มาตรฐานสมาคมเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ โดยมีเอกสาร อ้างอิงหรือแนวทางทางวิชาการที่ใช้ รวมทั้งมีเอกสารรับรองมาตรฐานคุณภาพของห้องปฏิบัติการทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ - จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล - มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน - มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ		
15	การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร	มีรายงานสถานการณ์ผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ผลการตรวจสุขภาพทั่วไปและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงานแผนกเสี่ยง วิเคราะห์และเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี โดยอาจพิจารณาใช้ตามแบบ RAH 06 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดทำรายงาน - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี - มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี - มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร)
16	การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความ	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงผลการประเมินการใช้คู่มือ/	0	- ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	แนวทางปฏิบัติงาน และหลักฐานแสดงการทบทวน เช่น ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้เกี่ยวข้อง รายงานการประชุมที่มีวาระการปรับปรุง ฯลฯ และมีการปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยอย่างน้อย 1 เรื่อง ในรอบปีที่ผ่านมา	1 2 3	- มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน - นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน		หน้างาน)
17	โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	จัดทำ/ร่วมจัดทำแผน รวมทั้งการซ้อมเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เช่น มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ เตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสี ฯลฯ พร้อมทั้งสื่อสารแผนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน - ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล - มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
18	ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย	มีหลักฐานแสดงการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกแผนก (ภายในระยะเวลา 3 ปี)	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนก-เสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ - มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก		(สอบทวนเอกสาร)
19	อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	พิจารณาจากอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงาน (Injury Frequency Rate : IFR)ของบุคลากรในโรงพยาบาล คำนวณจาก สูตร $IFR = \frac{\text{จำนวนครั้งที่บุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน}}{\text{จำนวนบุคลากร} \times 1,000,000}$ ในช่วงเวลาที่	0 1	- ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร) $IFR = X * 1,000,000$ 1,680 * จำนวนบุคลากร

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		กำหนดตามปีปฏิทิน/ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในหน่วยงานนั้น ในช่วงเวลาเดียวกัน) x1,000,000 หน่วยวัด เป็นครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน โดยนับจำนวนครั้งของเหตุการณ์ทั้งหยุดงานและไม่หยุดงาน (หมายเหตุ: ตัวอย่างการคิดชั่วโมงการทำงานของบุคลากรที่ทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน ใน 1 ปีทำงาน 240 วัน = 1,680 ชั่วโมง/ปี/คน อ้างอิงจากการคำนวณ FTE กสธ.) FTE = Full Time Equivalent	2 3	- อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน - อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน		
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10-19 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/30\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก						
3.1 กระบวนการจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน						
20	การเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง	มีรายงานผลการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เช่น แบบสำรวจสถานประกอบการของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ โรงพยาบาลพระนครบาล หรือแบบฟอร์มอื่นๆ ที่แสดงข้อมูลการจัดระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งมีรายงานสรุปที่แสดงถึงการให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการบริหารจัดการความเสี่ยงแก่สถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เสนอแนะ (พิจารณาการสำรวจสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการเดินสำรวจ - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน - มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง - ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน-ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง		(สอบทวนเอกสาร)
21	การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผน	มีรายงาน หรือหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการสร้างเสริม	0 1	- ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการ		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	สุขภาพตามแผนหรือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่างๆ มีผลการดำเนินงานก่อนหลังที่สำเร็จชัดเจน เกิดองค์ความรู้ใหม่ เป็นต้น	2 3	จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ - จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การมีนวัตกรรมต่างๆ มีผลการดำเนินงานก่อนหลังที่สำเร็จชัดเจน เกิดองค์ความรู้ใหม่ เป็นต้น		
22	การสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการดำเนินการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	มีแนวปฏิบัติให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล มีการสนับสนุนสถานประกอบการในการคัดกรอง ส่งต่อ ฯ เช่น การจัดประชุม/อบรมการวิธีการดำเนินงานคัดกรองส่งต่อ โดยมีรายชื่อสถานประกอบการ และเอกสารแสดงจำนวนลูกจ้างที่สถานประกอบการส่งตัวมาเพื่อการวินิจฉัย/รักษาโรคจากการทำงาน (กรณีโรงพยาบาลไม่รับประกันสังคม เช่น สถาบันราชประชาสมาสัย ไปสนับสนุน แต่นายจ้างส่งต่อไปที่อื่นก็ได้ แต่ต้องมีข้อมูลผู้ป่วยแสดง)	0 1 2 3	- ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล - มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวนเอกสาร)
3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม						
23	การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงาน	มีเอกสาร/หลักฐานแสดงถึงข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น แรงงานในระบบ	0 1	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล		(สอบทวนเอกสาร)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	จัดบริการอาชีว-อนามัย	และหรือ แร่งงานนอกระบบ โดยข้อมูลพื้นฐานควรประกอบด้วย - ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร สิ่งคุกคามต่อสุขภาพในแผนกต่างๆ สภาพะสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรค และการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร เป็นต้น - ข้อมูลพื้นฐานผู้ประกอบการอาชีวกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ประเภทกิจการ ที่ตั้ง จำนวน ขนาดของสถานประกอบการ จำนวนลูกจ้าง ประเภทของสิ่งคุกคามหลักๆ - จำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบกลุ่มอาชีพหลักๆ เป็นต้น เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะในการรวบรวมข้อมูลแรงงานต่างด้าว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	2 3	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ		
24	การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถาน-ประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่	มีโครงการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ อย่างน้อย 1 โครงการ (การเฝ้าระวังทางสุขภาพ คือ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน เช่น การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และการเฝ้าระวัง สิ่งคุกคาม อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ) โดยมีการวิเคราะห์และจัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม (เฝ้าระวังกลุ่มผู้ประกอบการอาชีวภายนอก)	0 1 2 3	- ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม - มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี		(สอบทวนเอกสาร)
25	การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรค	มีรายงานการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุทั้งภายในและหรือ	0 1	- ไม่มีการดำเนินการ - มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรค		(สอบทวนเอกสาร+ลงพื้นที่)

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	จากสิ่งแวดล้อม	ภายนอกโรงพยาบาล โดยมีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยังสสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านช่องทางต่างๆ เช่นการประชุม คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เวทีวิชาการ วารสาร เว็บไซต์ ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม (พิจารณาเหตุการณ์ย้อนหลัง 3 ปี)	2 3	จากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล - มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล - มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยังสสจ.และหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง		หน้างาน)
26	จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการดำเนินการ - จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน</u>		(สอบทวนเอกสาร)
27	จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัยแต่ละปีเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมาและมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการดำเนินการ - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>ลดลง</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>เท่าเดิม</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีวอนามัย <u>เพิ่มขึ้น</u> เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา <u>และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน</u>		(สอบทวนเอกสาร)
28	การจัดบริการอาชีวอนามัย	มีหลักฐาน เอกสารแสดงถึงคุณภาพการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย	0	- มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ หรือ		(สอบทวน

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	มัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร	นโยบายด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานที่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญดังนี้ (ข้อนี้เน้นในโรงพยาบาลด้วยได้) -การเดินทาง การประเมิน การจัดระดับความเสี่ยง สื่อสารความเสี่ยงและการให้ข้อเสนอแนะในการจัดการบริหารจัดการความเสี่ยง -การจัดทำรายการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับความเสี่ยง และมีการจัดการตรวจสอบสุขภาพ(ทั่วไปและตามปัจจัยเสี่ยง)โดยมีการวิเคราะห์ผลการตรวจสอบสุขภาพดังกล่าว (เอาผลของสถานประกอบการวิเคราะห์ได้ในกรณีสถานประกอบการไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น) -การจัดโปรแกรมโดยบูรณาการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน -การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรองหรือส่งต่อผู้สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานมายังโรงพยาบาล -การสนับสนุนให้สถานประกอบการมีการดำเนินงานบริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ Return to Work เช่น การกำหนดนโยบายการทำ RTW การกำหนดผู้ประสานงาน RTW หรือ มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน	1 2 3	สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง - มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป		เอกสาร)
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20-28 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/27\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
	องค์ประกอบที่ 4 การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
29	การพัฒนาการเข้าถึงบริการ	มีการจัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ แก่กลุ่มเป้าหมาย	0 1	- ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ - มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ		(สอบถามเอกสาร+ลงพื้นที่

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่อง และจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ	ผ่านช่องทางต่างๆ โดยมีหลักฐานแสดงการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เสนอแนะ (ให้ข้อเสนอแนะ พิจารณาการจัดทำแนวทางการเข้ารับบริการ 3 ภาษา คือ พม่า กัมพูชา และลาว ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ และควรมีล่ามเพื่อสื่อสารภาษาในกรณีที่มีการให้บริการแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก)	2 3	- มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		หน้างาน)
30	เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน เครื่องตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกตัว และได้รับการสอบเทียบจากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามระยะเวลา โดยต้องมีเอกสารรับรองการสอบเทียบของเครื่องตรวจสมรรถภาพการได้ยิน สอบเทียบอย่างน้อย 2 ปี/ครั้ง สำหรับเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดจะต้องมีอุปกรณ์สำหรับการปรับเทียบความถูกต้องก่อนการใช้งานทุกครั้ง (กระบอกสูบล้างเทียบ)	0 1 2 3	- ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน - มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง - มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง - มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
31	เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน	โรงพยาบาลมีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน (เครื่องวัดระดับความเข้มของแสง เครื่องวัดระดับความดังเสียง และเครื่องวัดระดับความร้อน (ดัชนี WBGT)) ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่องและได้รับการสอบเทียบกับหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรอง ตามระยะเวลาอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคู่มือที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยต้องแสดงเอกสารรับรองการสอบเทียบ	0 1 2 3	- ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน - มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง - มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง - มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่หน้างาน)
32	การควบคุมคุณภาพการ	มีแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินสภาพแวดล้อม	0	- ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อม		(สอบทวน

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานเป็นไปตามมาตรฐาน	การทำงานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานที่ได้มาตรฐาน เช่น คู่มือการใช้เครื่องมืออาชีพสุขศาสตร์ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ สถาบันการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม หรือ เอกสารวิชาการจากต่างประเทศ โดยบุคลากรจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หรือคุณวุฒิในสาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย	1 2 3	การทำงาน - มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีพอนามัยและความปลอดภัย		เอกสาร+ลงพื้นที่ (หน้างาน)
33	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีแนวทาง และคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวน/โรคของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และรายชื่อหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ส่งต่อมายังหน่วยบริการอาชีวอนามัย เสนอแนะ (จัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ : One stop service กรณีพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ)	0 1 2 3	- ไม่มีการคัดกรอง - มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม - มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่ (หน้างาน))
34	การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานแสดงถึงจำนวน ชนิดของโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานแสดงการบันทึก รายงานข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 ข้อมูลจาก 43 แห่ง และรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพฯ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ รวมทั้งมีการตรวจยืนยัน การวินิจฉัยโรค รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมโดยมีการเก็บข้อมูลจากเวช	0 1 2 3	- ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน - มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัย รักษาโรคจากการประกอบอาชีพฯและสิ่งแวดล้อม - มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัย ตามที่กำหนดไว้ - มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและ		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่ (หน้างาน))

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
		ระเบียนผู้ป่วย		ภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ		
35	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน	มีแนวปฏิบัติการและมีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยมีหลักฐานแสดงถึงจำนวน/ชนิดของโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานของผู้ป่วยที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ - มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมี การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่ หน่วยงาน)
36	การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน	มีแนวปฏิบัติการและการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพโดยมีหลักฐานที่แสดง ถึงจำนวนของผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน โดยมีรายงานการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพจากการ ทำงานอย่างต่อเนื่อง ในรอบระยะเวลา 3 ปี	0 1 2 3	- ไม่มีการดำเนินการ - มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ - มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน - ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทาง กฎหมายและเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่ หน่วยงาน)
37	การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	มีหลักฐานแสดงรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินสภาวะ สุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work) ใน บุคลากรโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และ มีการประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ โรงพยาบาลที่ดูแล นักกายภาพบำบัดฯ ในการประเมิน เบื้องต้น พร้อมทั้งติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกาย และจิตของลูกจ้าง และมีรายงานสรุปผลการเยี่ยมติดตาม ผู้ป่วยภายหลังการกลับเข้าทำงาน (ในรอบระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง)	0 1 2 3	- ไม่มีการดำเนินการ - มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมิน สภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน - มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและ ผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการ ทราบ - มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของ ลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่ หน่วยงาน)
38	การดูแล รักษา และ ติดตามผู้ป่วยโรค/	มีหลักฐานที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุทั้งจากการ ทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการติดตามที่บ้าน	0	- ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรค จากสิ่งแวดล้อม		(สอบทวน เอกสาร+ลงพื้นที่

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน/สถานประกอบการ	หรือสถานประกอบการ จากการประสาน ติดตามกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง (พิจารณาผู้ประกอบอาชีพภายนอก รพ. อาจดำเนินการโดยศูนย์ Home health care ของ รพ.)	1 2 3	- มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง - มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง		หน้างาน)
39	การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	มีหลักฐานประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ผู้รับบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อมาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย	0 1 2 3	- ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ - มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ - มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย		(สอบทวนเอกสาร)
40	จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการชักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีหลักฐานที่แสดงจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม ด้วยการชักประวัติตามแบบฟอร์ม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน	0 1 2 3	- ไม่มีการดำเนินการ - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา - จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน		(สอบทวนเอกสาร)
		รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29-40 (X)	=	ผลลัพธ์ = $\{(X)/36\} \times 100 = \dots\dots\dots\%$		
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม						
41	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจ	มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ หรือคาดว่าจะเป็แหล่งกำเนิดมลพิษที่มี	0	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ		

ข้อ	องค์ประกอบของมาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน
	ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	ผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น จะมีการก่อสร้างโรงไฟฟ้าในพื้นที่ และพื้นที่ที่มีการสร้างโรงงานอุตสาหกรรมแต่ยังไม่เริ่มประกอบกิจการ เป็นต้น โดยทำการสำรวจตามแบบฟอร์ม Env-Med หรือแบบฟอร์มอื่นๆ หรือรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากข้อมูลไม่เพียงพอให้เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม โดยสามารถจัดทำเป็นแฟ้มข้อมูลหรือรูปแบบอื่น มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสิ่งแวดล้อม พร้อมมีการรายงาน/นำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหา	1 2 3	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือคาดว่าจะแหล่งกำเนิดมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ - ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน - มีการจัดทำรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนำเสนอให้กับหน่วยงาน/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
42	การเฝ้าระวังทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม)	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงที่วิเคราะห์ (ข้อ 41) โดยใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจได้มาจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ ข้อมูลอาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมจากการออกสำรวจ หรือข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางสุขภาพเชิงรับ ได้แก่ ข้อมูลโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุขหรือจากฐานข้อมูล ICD10 ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม หรือระบบรายงานอื่นๆ - มีการจัดทำแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	0 1 2 3	- ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม - มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง - สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำรายงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมนำเสนอให้กับหน่วยงาน/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องทราบ		
43	การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบ	มีแนวทางการคัดกรอง และทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตาม	0	- ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม		

ข้อ	องค์ประกอบของ มาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือ เอกสารยืนยัน
	สุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม	แนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดหรือที่ใช้อ้างอิง และมีการ จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อ ติดตาม/เยี่ยมบ้าน /ส่งต่อ เพื่อการรักษา (พิจารณาการคัดกรองเชิงรุก)	1 2 3	- มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ - มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด - มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือ แจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทราบ		
44	การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้ สงสัย โรคจากมลพิษ สิ่งแวดล้อมหรือโรคที่ เกี่ยวข้อง	- มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง/กลุ่ม เปราะบาง ที่ขึ้นทะเบียนไว้ โดยทำการติดตาม/เยี่ยมบ้าน หรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง หรือ ส่งต่อให้โรงพยาบาลในพื้นที่ทำการติดตามให้ - มีการสรุปหรือบันทึกผลการติดตามผู้ป่วย เช่น ข้อมูล จำนวนผู้ที่ได้รับการติดตาม สถานะสุขภาพผู้ป่วย เป็นต้น	0 1 2 3	- ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย - มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย - มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับ การรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วย บริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการ ติดตาม/เยี่ยมบ้าน - สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอ แก่ผู้บริหารทราบ		
45	การสื่อสารความเสี่ยง ผลกระทบต่อสุขภาพจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ ประชาชน บุคลากร และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ การป้องกันและแก้ไข้ปัญหา	- มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจาก มลพิษสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ที่ เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การทำป้ายสื่อสาร ความเสี่ยง การจัดนิทรรศการ ตลอดจนการสื่อสาร ผ่าน สื่อต่างๆ - มีการสรุปและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อนำ ปัญหา อุปสรรคในการสื่อสารความเสี่ยงมาปรับปรุง กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย	0 1 2 3	- ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง - มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจ หรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือ ปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย		
46	การวิเคราะห์และสรุป	มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคามและข้อมูล ด้าน	0	- ไม่มีการรวบรวมข้อมูล		

ข้อ	องค์ประกอบของ มาตรฐาน	แนวทางการพิจารณาตามเกณฑ์	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้	หลักฐานหรือ เอกสารยืนยัน
	ข้อมูลการเจ็บป่วยและ ผลกระทบต่อสุขภาพจาก มลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิง รับและเชิงรุก	สุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้ง วิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น แผนภูมิ/กราฟ ตาราง แจกแจง หรือนำเสนอข้อมูลในรูปแบบอื่นๆ เพื่อให้เห็น แนวโน้ม อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน หมายเหตุ : ให้พิจารณากรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลไม่ถึง 3 ปี แต่มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงหาสาเหตุเพื่อจัดการปัญหา ได้ ก็ให้อยู่ในดุลพินิจของกรรมการตรวจประเมิน	1 2 3	- มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคามและข้อมูลด้านสุขภาพที่มี ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม - มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูลเชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่าง น้อย 3 ปีติดต่อกัน - มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้าน สุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม		
47	การจัดเตรียมความพร้อม ในการรองรับภาวะฉุกเฉิน ด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามความเสี่ยงในพื้นที่	มีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหาสารเคมีรั่วไหลออกสู่ชุมชน โรงงานเกิดเพลิงไหม้ ฯลฯ และมีการเตรียมพร้อมด้าน อุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย ส่วนบุคคล รายชื่อสำหรับการติดต่อผู้เชี่ยวชาญหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง แหล่งข้อมูลสืบค้นสารเคมี ฯลฯ รวมทั้งมีการ ซ้อมแผน (ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อย่างใดอย่างหนึ่ง) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0 1 2 3	- ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม - จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับ ภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม และ มีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เพื่อตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉิน - ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิด ภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง - จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงาน ภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น		- ตัวอย่างแผน เตรียมความ พร้อม ตาราง ทะเบียนอุปกรณ์ ตอบโต้ เช่น PPE ครบถ้วน เหมาะสม ทะเบียนผู้ ประสานงาน ฯลฯ - Top table ได้ - กรณีฝึกซ้อม อุบัติเหตุเหตุได้
48	การมีส่วนร่วมใน กระบวนการจัดทำหรือ ร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วม	-มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพ จากมลพิษสิ่งแวดล้อม /เหตุร้องเรียนในพื้นที่ รับผิดชอบ ในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น สนับสนุนข้อมูล	0 1	- ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผล กระทบฯ - มีการประสานงาน หรือ การสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูล สถานะสุขภาพกับ สคร. สสจเพื่อประกอบการดำเนินการ		สนับสนุนข้อมูล ต่างๆ หรือข้อ ร้องเรียนได้

[illegible]

การพิจารณาให้คะแนนตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

คะแนน	คำอธิบาย
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง

2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ หรือมีการดำเนินงานที่น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ผ่าน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย และ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	27	$(\text{คะแนนที่ได้}/27) \times 100$	80%
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	$(\text{คะแนนที่ได้}/30) \times 100$	80%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	$(\text{คะแนนที่ได้}/27) \times 100$	80%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่ง ต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	36	$(\text{คะแนนที่ได้}/36) \times 100$	80%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	$(\text{คะแนนที่ได้}/24) \times 100$	50%ขึ้นไป *
รวม	48	150		

* หมายเหตุ

การแบ่งระดับโรงพยาบาลภายหลังจากการประเมิน

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 80

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 70

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ1-5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมโดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1 - 5 ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางร้อยละการผ่านเกณฑ์

ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
เริ่มต้นพัฒนา	80	80	-	-	-
ดี	80	80	80	-	50
ดีมาก	80	80	80	-	70
ดีเด่น	80	80	80	80	80

สรุปการประเมิน

องค์ประกอบที่	จำนวนคะแนน		ร้อยละ	การประเมิน	
	เต็ม	ผล		ผ่าน	ไม่ผ่าน
1					
2					
3					
4					
5					

สรุปผลการประเมิน

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป..... มีความพร้อมในการขอรับรองระดับ

- ☐ เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 ร้อยละ 80)
- ☐ ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 80, องค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 50)
- ☐ ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 80, องค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 70)
- ☐ ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5 ร้อยละ 80)

ผู้รายงาน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
