



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
Nong Khai Provincial Public Health Office

คู่มือการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561

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 2560

คำนำ

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

สำหรับคู่มือการปฏิบัติงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปี งบประมาณ 2561 ได้จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพ ชุมชนในโรงพยาบาล (คสม./คสช.) ในการวางแผน นิเทศติดตาม และประเมินผลงานสาธารณสุขได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน และวิธีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด ซึ่งจะช่วยให้พื้นที่ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ได้ครบถ้วนและสอดคล้องกับกรอบและแนวทางการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2561 ด้วย

นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
8 พฤศจิกายน 2560

สารบัญ

	หน้า
แผนพัฒนาจังหวัดหนองคาย พ.ศ.2560-2564	1
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคายพ.ศ.2560-2564 (ปรับปรุง พ.ศ.2561)	3
การประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย	10
กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561	17
ตัวชี้วัดการประเมินผลงานด้านสาธารณสุข ปี 2561	25
มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์ (น้ำหนักร้อยละ 65)	27
1/1/1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	27
2/2/- ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) ระดับดีขึ้น	34
3/3/2 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดัน	37
4/4/3 ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน	42
5/5/4 ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	47
6/-/- อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 16 ต่อแสน ปชก.	49
7/6/- ความสำเร็จในการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	51
8/7/- ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	53
9/8/- ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน	55
10/9/- ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	59
11/10/5 ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	62
12/11/6 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	64
13/-/- จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR2005 12 เป้าหมาย	66
14/12/7 อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR 2005)	68
15/13/- อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	71
16/-/- จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	73
17/14/- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	75
18/15/8 ร้อยละ 70 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.	77
19/16/- ไม่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ Gen2	79
20/17/- ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	83
21/-/- ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด	85
22/18/9 ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	87
23/19/- อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง	89
24/20/- อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	91
25/21/10 ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมได้	93
26/22/11 ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk	95
27/-/- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	97
28/23/12 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	98
29/-/- อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	103
30/24/- อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	105
31/25/13 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	107

	หน้า
32/26/14 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	109
33/27/15 ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	112
<i>*ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา</i>	
34/28/- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)	114
35/29/- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	116
36/30/- จำนวน รพ.ที่มีทีม Capture the Fracture	118
<i>*ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)</i>	
<i>*ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)</i>	
37/31/- ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	121
<i>*ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด</i>	
38/-/- อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อแสนประชากร)	123
39/32/- ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	124
40/-/- อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ (ต่อแสนประชากร)	127
41/-/- อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด (ต่อแสนประชากร)	129
42/33/16 ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4mL/min/ 1.72m ² /yr	131
43/34/- ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	134
44/-/- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้สมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	135
45/35/- ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate care	137
46/36/- ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	141
47/37/- ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	143
48/38/- ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%	145
49/39/17 ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	147
50/40/18 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	149
51/41/19-24 ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	152
52/42/25 ร้อยละวัยเรียนสูงที่สุด	156
53/43/- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี (ต่อแสน)	158
54/44/26 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	161
55/-/- ร้อยละของ healthy ageing	162
56/45/27 ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	164
มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพ (น้ำหนักร้อยละ 10)	168
57/-/- ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	168
58/46/- ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	170
59/47/28 ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	174
60/48/- จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 18 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	177
61/49/29 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	179
มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ (น้ำหนักร้อยละ 10)	182
62/50/- หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7	182
63/51/30 ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	185

	หน้า
64/52/- ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)	190
65/53/- ร้อยละการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	194
66/54/31 ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	196
มติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร (น้ำหนักร้อยละ 15)	202
67/55/32 ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์	202
68/56/33 ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	209
69/57/34 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	211
70/58/35 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	214
71/59/- จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	218
72/60/- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA *สสอ.ผ่านเกณฑ์ PMQA ร้อยละ 50	220
73/61/- ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	223
74/62/36 ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	226
ภาคผนวก	229
รายงานสรุปผลการนิเทศงาน	231
ตัวชี้วัดที่ 2/2/- อำเภอฟันเกณฑ์ประเมินกระบวนการอำเภอกวควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น	233
ตัวชี้วัดที่ 7/6/- ความสำเร็จในการป้องกันอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	247
ตัวชี้วัดที่ 11/10/5 ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	253
ตัวชี้วัดที่ 19/16/- ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ใน Generation ที่ 2	259
ตัวชี้วัดที่ 21/-/- ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	269
ตัวชี้วัดที่ 31/25/13 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	275
ตัวชี้วัดที่ 42/33/16 ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner	281
ตัวชี้วัดที่ 51/41/19-24 ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	287
ตัวชี้วัดที่ 61/49/29 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	299
ตัวชี้วัดที่ 67/55/32 หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	321



แผนพัฒนาจังหวัดหนองคาย

พ.ศ.2560-2564

วิสัยทัศน์

“เกษตรอุตสาหกรรมวัฒนธรรมรุ่งเรือง เมืองท่องเที่ยวลุ่มน้ำโขง”

พันธกิจ

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

เป้าประสงค์รวม

เพิ่มรายได้จากภาคเกษตร อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว และการค้า

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายรวม

1. มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GPP) ภาคเกษตรเพิ่มขึ้นร้อยละ 8
2. รายได้จากการท่องเที่ยว เพิ่มขึ้นร้อยละ 20

ค่านิยม

หนองคายเมืองสะอาด สะอาด ปลอดภัย มั่นใจ น่าอยู่

ประเด็นยุทธศาสตร์

(1) ยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการเกษตรยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกกระดับมาตรฐาน การผลิต การค้า การลงทุน การท่องเที่ยวและการบริการ มุ่งสู่ประชาคมอาเซียน
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างความมั่นคงเพื่อสังคมสงบสุข
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาคมน ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อมให้เป็นเมืองน่าอยู่
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการให้บริการประชาชนสู่มาตรฐานสากล

(2) จุดยืนทางยุทธศาสตร์ (Positioning)

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

กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์

(1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการเกษตรยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพการผลิต การจัดการตลาดสินค้าเกษตร และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการเกษตร

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพเกษตรกรและสถาบันเกษตรกรให้มีความเข้มแข็ง

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

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบโลจิสติกส์เชื่อมโยงพื้นที่เศรษฐกิจการค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และการบริการ

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการท่องเที่ยว

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสินค้า OTOP และ SME

กลยุทธ์ที่ 4 สร้างความร่วมมือด้านการค้า การลงทุน และการท่องเที่ยวภายในและระหว่างประเทศ

(3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างความมั่นคงเพื่อสังคมสงบสุข

กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและปราบปรามภัยคุกคามด้านความมั่นคง

กลยุทธ์ที่ 2 การจัดการความมั่นคงพื้นที่ชายแดน

กลยุทธ์ที่ 3 การเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประเทศเพื่อนบ้าน

(4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาคมน ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมให้เป็นเมืองน่าอยู่

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการศึกษา สาธารณสุข และสังคม

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมอนุรักษ์ ฟื้นฟู ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการให้บริการประชาชนสู่มาตรฐานสากล

กลยุทธ์ที่ 1 การเสริมสร้างการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพจังหวัดหนองคาย

พ.ศ.2560-2564 (ปรับปรุง พ.ศ.2561)

1. วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี”

ค่านิยมวิสัยทัศน์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เป็นองค์กรด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพของจังหวัดหนองคาย ที่มีระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ สามารถสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพให้ได้มาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อให้คนหนองคายมีสุขภาพดี

การประเมินผลวิสัยทัศน์

ประเมินจากเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ “คนหนองคายสุขภาพดี”

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี
(จ.หนองคาย มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ชาย 70.02 ปี หญิง 79.02 ปี)
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี

2. พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามเกณฑ์ PMQA
2. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานและคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ
3. สร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3. ค่านิยม (Core Values)

MOPH --> M : Mastery เป็นนายตนเอง
O : Originality มีความคิดริเริ่ม
P : People Centered ใส่ใจประชาชน
H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

4. ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ
2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ
3. ส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค
5. พัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบการจัดบริการสุขภาพ

5. จุดยืนทางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ (Positioning)

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

6. เป้าประสงค์ (Goal)

1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง อุบัติเหตุลดลง
2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
3. ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง
4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง
5. ระบบบริหารจัดการด้วยระบบธรรมาภิบาลสู่การเป็นองค์กรคุณภาพ

7. กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง อุบัติเหตุ

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

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ

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

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน

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

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค

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

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

- กลยุทธ์ : 1. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูล
2. พัฒนาระบบการควบคุมประสิทธิภาพด้านการบริหารการเงินการคลัง (FAI)
 3. พัฒนากำลังคนสู่มืออาชีพ สร้างและพัฒนากลไกในการทำการวิจัย R2R และนวัตกรรมบริการ
 4. พัฒนาหน่วยงานให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity & transparency Assessment)
 5. พัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการองค์กร สู่การเป็นองค์กรคุณภาพ ตามมาตรฐาน PMQA, HA, รพ.สต.ติดตาม

8. ความสัมพันธ์ของประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และเป้าประสงค์

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าประสงค์
1. พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ	1. พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อ 3. พัฒนาระบบควบคุม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จราจรทางถนน	1. อัตราป่วย และอัตราตาย ด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ ลดลง
2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ดูแล ทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ	1. พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ตามมาตรฐาน 2. พัฒนาระบบบริการทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพ 3. พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan	2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิได้ มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัย ได้รับการดูแลอย่างมี คุณภาพ
3. ส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้ มาตรฐาน	1. ส่งเสริมตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับ อนุญาตจาก อปท. ให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน 2. พัฒนาคุณภาพอาหารสด อาหารแปรรูปได้ มาตรฐานตามที่กำหนด 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ถูกต้อง 4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค อาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วง ตามเกณฑ์ อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน	3. ประชาชนได้รับอาหารที่ ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบ ทางเดินอาหารลดลง
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค	1. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคตาม มาตรฐาน 2. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคตาม แนวชายแดน 3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก	4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วย ไข้เลือดออกลดลง
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการ สุขภาพ	1. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูล 2. พัฒนาระบบการควบคุมประสิทธิภาพด้าน การบริหารการเงินการคลัง (FAI) 3. พัฒนากำลังคนสู่มีอาชีพ สร้างและพัฒนา กลไกในการทำการวิจัย R2R และนวัตกรรมการ บริการ 4. พัฒนาหน่วยงานให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity & transparency Assessment) 5. พัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์และการ บริหารจัดการองค์กร สู่การเป็นองค์กรคุณภาพ ตามมาตรฐาน PMQA, HA, รพ.สต.ติดดาว	5. ระบบบริหารจัดการด้วย ระบบธรรมาภิบาล สู่การ เป็นองค์กรคุณภาพ

9. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร

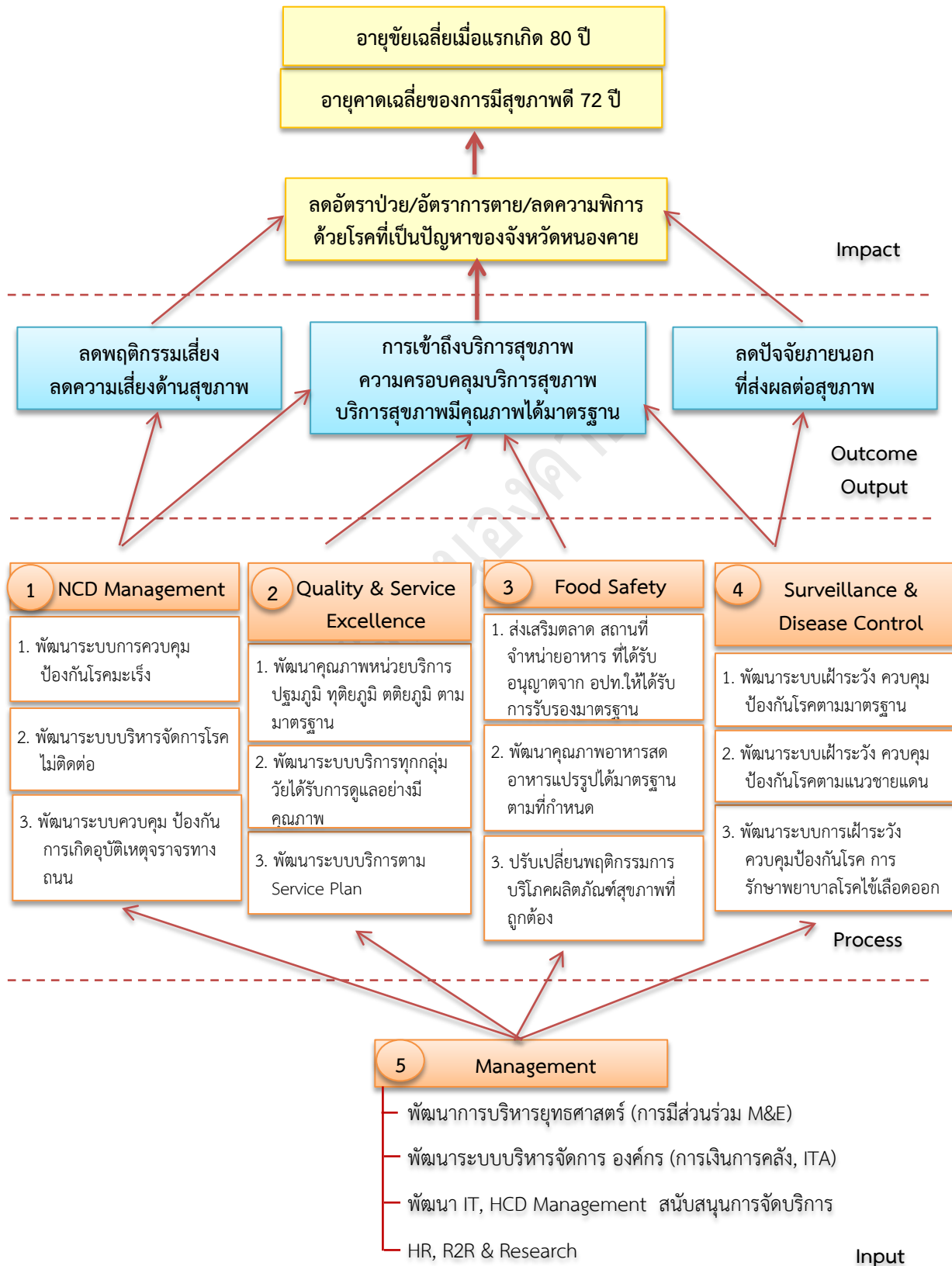
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี
2. ร้อยละอำเภอฟ่านเกณฑ์อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) ระดับดีขึ้นไป
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดัน
4. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน
5. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ
6. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 16 ต่อแสน ปชก.
7. ความสำเร็จในการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
8. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
9. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. ได้รับการรับรองมาตรฐาน
10. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
11. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง
12. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง
13. จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR2005 12 เป้าหมาย
14. อำเภอฟ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR 2005)
- 15.. อำเภอฟ่านเกณฑ์อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
16. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
17. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
18. ร้อยละ 70 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.
19. ไม่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ Gen2
20. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
21. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด
22. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด
23. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง
24. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13
25. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมได้
26. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk
27. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
28. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)
29. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
30. อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)
31. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
32. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
33. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
34. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
35. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
36. จำนวน รพ.ที่มีทีม Capture the Fracture
37. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้
38. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
39. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

40. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
41. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด
42. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72m2/yr
43. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
44. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้สมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
45. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate care
46. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
47. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery
48. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%
49. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
50. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก
51. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
52. ร้อยละวัยเรียนสูงที่สุดมีส่วน
53. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี
54. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
55. ร้อยละของ healthy ageing
56. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
57. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
58. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
59. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)
60. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 18 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย
61. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
62. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7
63. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป
64. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)
65. ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
66. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
67. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์
68. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
69. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
70. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
71. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ
72. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA *สสอ.ผ่านเกณฑ์ PMQA ร้อยละ 50
73. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3
74. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

Big Picture

Health System Development : Nong Khai, 2018

ความสัมพันธ์ของยุทธศาสตร์และผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ตามกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561



แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy map)

วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคาย สุขภาพดี”	
พันธกิจ	1. พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามเกณฑ์ PMQA 2. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานและคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน 3. สร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
เป้าหมาย	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี 2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อย 72 ปี
ประเด็นยุทธศาสตร์	1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุลดลง 2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทดियภูมิ และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 3. ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง 4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง 5. ระบบบริหารจัดการด้วยระบบธรรมาภิบาลสู่การเป็นองค์กรคุณภาพ
มิติที่ 1 ประสิทธิภาพ	1. อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุลดลง 3. ประชาชนได้รับอาหารที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง 4. ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้มาตรฐาน อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลง
มิติที่ 2 คุณภาพ	2. ระบบบริการปฐมภูมิ ทดियภูมิ และตติยภูมิได้มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ	5. ระบบบริหารจัดการด้วยระบบธรรมาภิบาลสู่การเป็นองค์กรคุณภาพ - Financial, ITA
มิติที่ 4 พัฒนานาองค์กร	5. ระบบบริหารจัดการด้วยระบบธรรมาภิบาลสู่การเป็นองค์กรคุณภาพ - IHA, รพ.สต.ติดตามH/R2R & Research & Innovation), PMQA , HA, รพ.สต.ติดตาม

ค่านิยมร่วม : **MOPH** (Mastery เป็ นนายตนเอง, Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่, People Centered ใส่ใจประชาชน, Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม)

การประเมินผลงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย

1) หลักการและที่มา

การประเมินผลงานสาธารณสุข เป็นภารกิจสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และเป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารยุทธศาสตร์ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มีวัตถุประสงค์ เพื่อชี้แจง แนะนำ ทำความเข้าใจกับหน่วยงานในสังกัดในการปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรการ Quick Win 5 Goal Setting ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2560-2564 (ปรับปรุง พ.ศ.2561) 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.2560-2564 (ปรับปรุง พ.ศ.2561)

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 2561 ในการประชุมชี้แจงการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปี 2561
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี 2561 แก่บุคลากรในสังกัด และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ปี 2561 ตามแนวทางและมาตรการที่กำหนดครอบคลุมงานตาม 5 Goal Setting และ Function
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำคู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข ประจำปี 2561 เตรียมทีมประเมินผล พัฒนาทักษะ องค์ความรู้ เทคนิคแนวทางการประเมิน และจัดทีมประเมินผลผสมผสาน (สสจ.หนองคาย และ รพ.หนองคาย) ออกประเมิน คปสอ. ประจำปีงบประมาณ 2561
ครั้งที่ 1 ในเดือน มีนาคม 2561
ครั้งที่ 2 ในเดือน สิงหาคม 2561

4. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จัดทบทวนนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข รพ.สต.ทุกแห่งในสังกัด ปีละ 2 ครั้ง โดยใช้คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ 2561

ครั้งที่ 1 ในเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2561

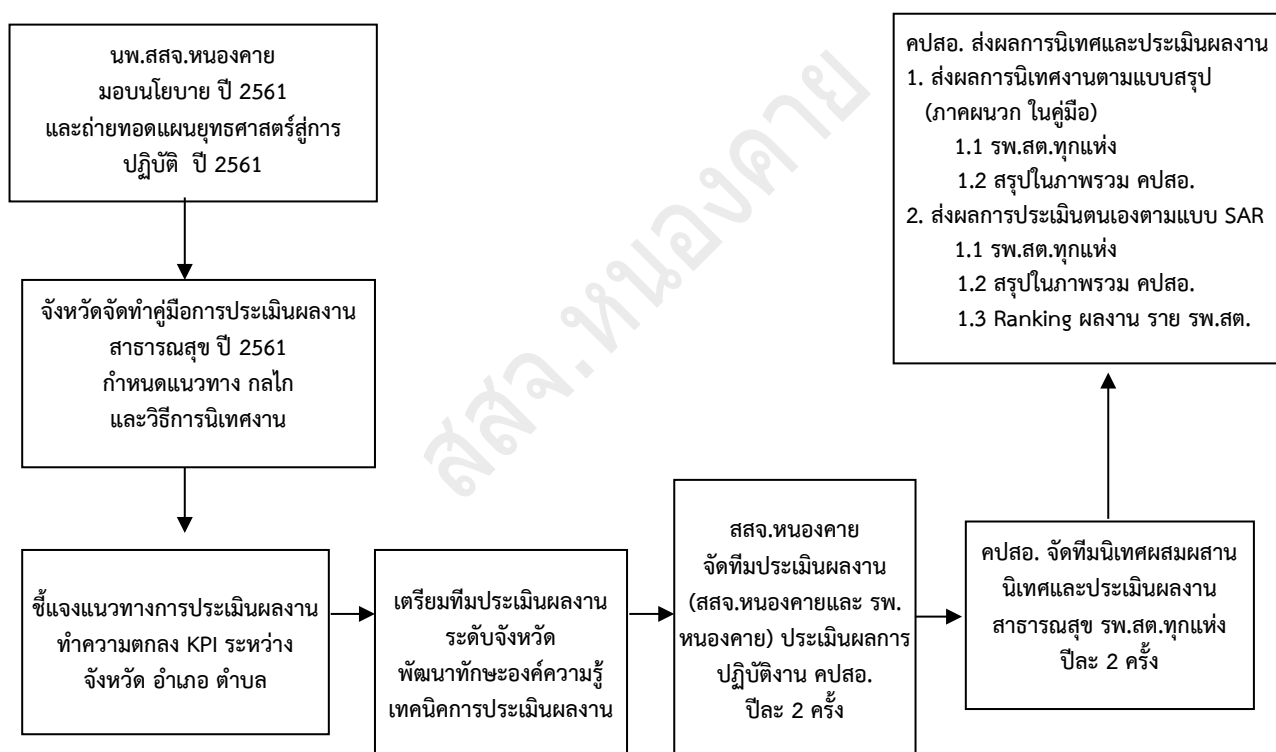
ครั้งที่ 2 ในเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2561

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.

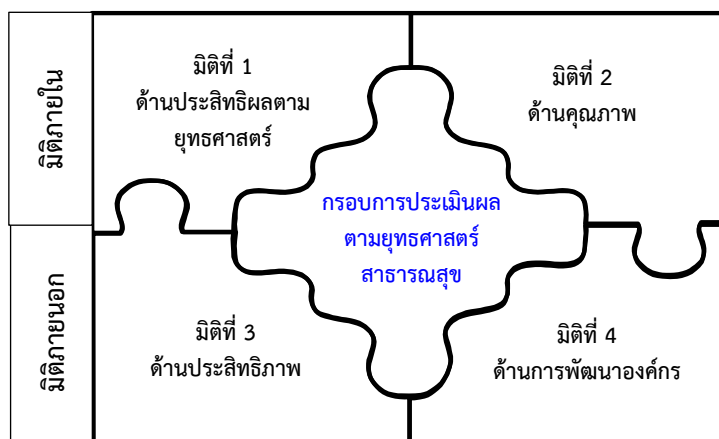
6. สสจ.หนองคาย สรุปผลการประเมินผลงานสาธารณสุข นำเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดแนวทางการปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป

กลไกและวิธีการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข



4) กรอบการประเมินผล

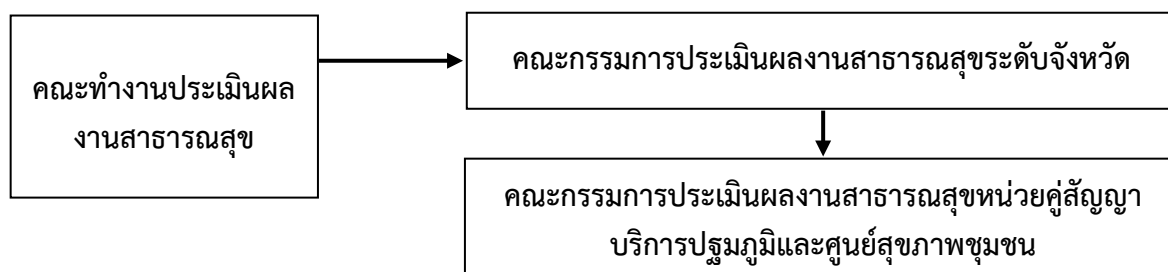
ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้กำหนดกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของสำนักงาน ก.พ.ร.ให้อยู่ภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ดังนี้



สำหรับรายละเอียดของกรอบการประเมินผลงานสาธารณสุขแยกตามมิติ ดังนี้

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

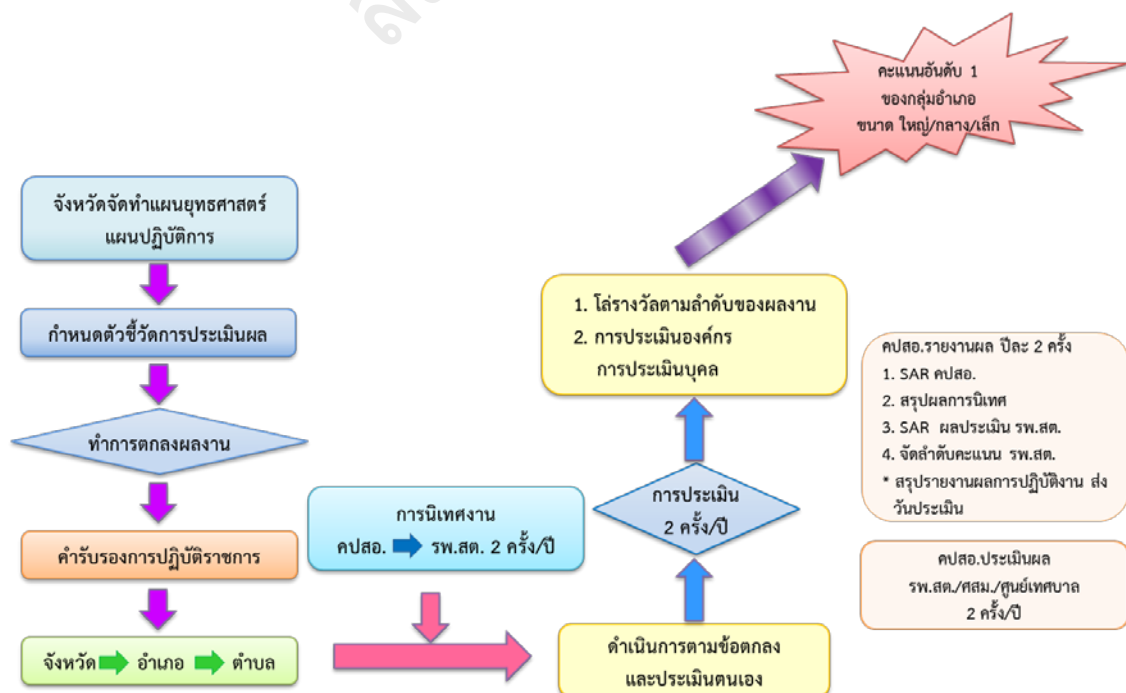
5) บทบาทและองค์ประกอบของการประเมินผล



6) ขั้นตอนการประเมินผลงานสาธารณสุข

ว/ด/ป	กิจกรรม
20 ต.ค.60	ทำความเข้าใจตัวชี้วัดทีมจังหวัดและทีมอำเภอ ตำบล
8 พ.ย.60	แถลงผลงาน 2 ปี มอบนโยบายชี้แจงแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี 2561 แก่บุคลากรในสังกัด พิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ)
22-24 พฤศจิกายน 2560	ชี้แจง Template 3 โซน 22 พ.ย.60 อ.เมือง อ.สระใคร ณ ห้องประชุม รพ.หนองคาย 23 พ.ย.60 อ.โพนพิสัย. อ.เฝ้าไร่ อ.รัตนวาปี ณ ห้องประชุม รพ.โพนพิสัย 24 พ.ย.60 อ.ท่าบ่อ อ.ศรีเชียงใหม่ อ.สังคม อ.โพธิ์ตาก ณ ห้องประชุม รพ.ท่าบ่อ
1-23 ก.พ.61	อำเภอนิเทศ และ ประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 1
ภายใน 26 ก.พ.61	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง (SAR) รพ.สต./คปสอ.
5-9 มี.ค.61	จังหวัดประเมินผลงานอำเภอ รอบที่ 1
2-25 ก.ค.61	อำเภอประเมินผลงาน รพ.สต. รอบที่ 2
ภายใน 27 ก.ค.61	ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง
6-10 ส.ค.61	จังหวัดประเมินผลงานอำเภอ รอบที่ 2
31 ส.ค.61	สรุปผลการประเมิน

7) กลไกและวิธีการในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ การนิเทศงาน และการประเมินผลงานปี 2561



8) การคำนวณผลการประเมิน

- ระดับคำนวณผลการประเมินในแต่ละระดับ เป็นดังนี้

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

การจัดกลุ่มหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ
โดยใช้จำนวนประชากรเป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม

ที่	ขนาด	อำเภอ	จำนวนประชากร
1	ใหญ่	เมือง	149,868
		โพธิ์พิสัย	98,566
		ท่าบ่อ	83,098
2	กลาง	เผ่าไร่	52,108
		รัตนวาปี	38,806
		ศรีเชียงใหม่	30,853
3	เล็ก	สระใคร	26,595
		สังคม	25,131
		โพธิ์ตาก	15,338
รวม			520,363

- การคำนวณผลการประเมินตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ตัวอย่าง 1 : อำเภอ ก. มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ราย ประชากรทะเบียนราษฎร์

จำนวน 85,667 คน

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

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

85,667

ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังอำเภอ ก 26.20

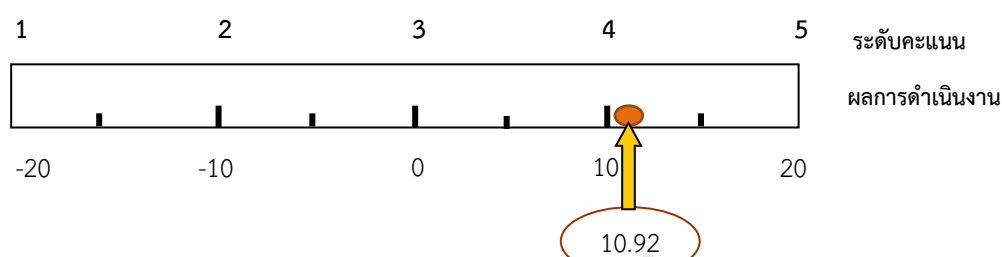
อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ $\frac{(26.20-23.34) \times 100}{26.20} = 10.92$

26.20

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	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

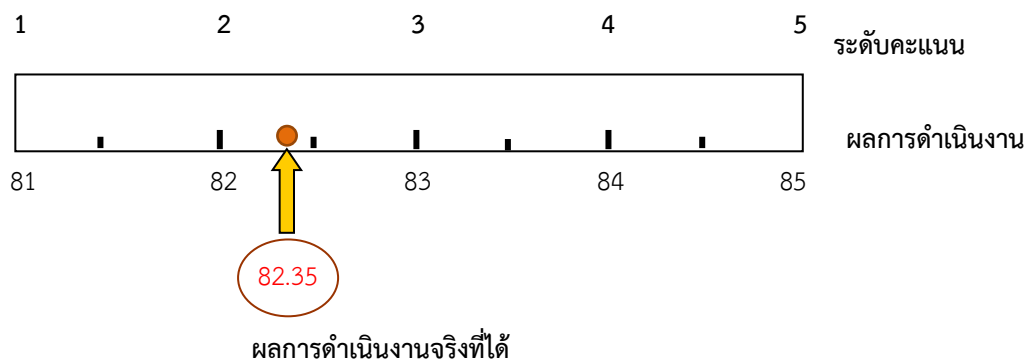
$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาครบตามเกณฑ์}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด (คน)}} \times 100$

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 2561
สำหรับ ระดับ จังหวัด

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่ 1 ประสิทธิผล ตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 65) 3/3/2 4/4/3 5/5/4 6/-/- 7/6/- 8/7/- 9/8/- 10/9/- 11/10/5 12/11/6 13/-/- 14/12/7 15/13/- 16/-/- 17/14/- 18/15/8 19/16/- 20/17/- 21/-/- 22/18/9 23/19/-	1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออก	ระดับ 5	ระดับ 5	
	2. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) ระดับดีขึ้นไป 2/2/-	100	100	
	3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดัน	DM 2.19 HT 38.1	DM<2.4 HT<8	
	4. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน	ผ่าน 7/10 แห่ง	91	
	5. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	54.68	55	
	6. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 16 ต่อแสน ปชก.	6.53	<16	
	7. ความสำเร็จในการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	ผ่านทุกอำเภอ	80	
	8. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	16.58	20	
	9. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน	100	100	
	10. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	น้ำ 97.14	น้ำ 100	
	11. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมมารับบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ผลิตภัณฑ์ 88.95 อาหาร 90.70	80	
	12. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	FP 153.93 Diarrhea 745.82	FP 50 Diarrhea 20	
	13. จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR2005 12 เป้าหมาย	8 เป้าหมาย	10 เป้าหมาย	
	14. อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR 2005)	พื้นฐาน 66.67% ดี 0%	พื้นฐาน 100% ดี 20%	
	15. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับดี 5 อำเภอ	ระดับดี 6 อำเภอ	
	16. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	
	17. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	78.44	85	
	18. ร้อยละ 70 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับรักษาต่อเนื่อง DOT โดย จนท. หรือ อสม.	9.46	70	
	19. ไม่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ Gen2	9 อำเภอ	9 อำเภอ	
	20. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	22.75	87	
	21. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด	รอผล	50	
	22. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	HI (บ้าน) CI (ร.ร.,วัด.,ศพด.) CI (รพท.,รพช.,รพสต.)	95.68 92 100 100 100	
	23. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง	ลดลง 46.52	20	

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
24/20/-	24. อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไขข้ออักเสบไม่เกิน ร้อยละ 0.13	0	<0.13	
25/21/10	25. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมได้	DM 20.03 HT 50.67	DM 40 HT 50	
26/22/11	26. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk	85.10	87.5	
27/-/-	27. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	23.06	<7	
28/23/12	28. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	ชั้น 1 = 100	ชั้น 2 = 20	
29/-/-	29. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลง 17.49	10	
30/24/-	30. อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)	5.72	<3.4	
31/25/13	31. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	ระดับดี 100	ระดับดีมาก 50	
32/26/14	32. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	28.29	20	
33/27/15	33. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	46.05	50	
	*ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา	93.37	90	
34/28/-	34. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)	4.41	<6.3	
35/29/-	35. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	24.20	30	
36/30/-	36. จำนวน รพ.ที่มีทีม Capture the Fracture	NA	10	
	*ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	8.75	<30	
	*ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	16.61	50	
37/31/-	37. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	100	100	
	*ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	71.43	70	
38/-/-	38. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อแสนประชากร)	12.49	<27	
39/32/-	39. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ผ่าตัด 71.47 รังสี 90.52 เคมี 56.52	85	
40/-/-	40. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ (ต่อแสนประชากร)	22.48	<31.88	
41/-/-	41. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด (ต่อแสนประชากร)	14.61	<17.73	
42/33/16	42. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72m ² /yr	66.07	66	
43/34/-	43. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	96.64	80	
44/-/-	44. อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยมย้อมย้อมจากผู้ป่วยต้อกระจกต่อจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.58:100	0.7:100	
45/35/-	45. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate care	NA	10	
46/36/-	46. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	NA	15	
47/37/-	47. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	NA	10	
48/38/-	48. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%	NA	90	

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
49/39/17	49. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	72.11	60	
50/40/18	50. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	94.74	70	
51/41/19-24	51. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	ไม่ผ่านทุกอำเภอ	90 คะแนน	
52/42/25	52. ร้อยละวัยเรียนสูงที่สุดส่วน	68.77	68	
53/43/-	53. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ต่อแสน)	6.53	<4.5	
54/44/26	54. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	25.36 ต่อพัน	<42 ต่อพัน	
55/-/-	55. ร้อยละของ healthy ageing	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นหรือคงที่	
56/45/27	56. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	58.06	60	
มิติที่ 2 คุณภาพ (ร้อยละ 10)	57. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 57/-/-	7 ทีม	13 ทีม	
58/46/28	58. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย 58/46/-	NA	50	
59/47/28	59. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	86.82	55	
60/48/-	60. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 18 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	ผ่าน 4 ขั้นตอนทุกแห่ง	80	
61/49/29	61. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	30.95	50	
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)	62. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 62/50/-	66.67	100	
63/51/30	63. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป 63/51/30	100	100	
64/52/-	64. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)	50	100	
65/53/-	65. ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใบยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	39.25	25	
66/54/31	66. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	73.68	100	
มิติที่ 4 พัฒนาองค์กร (ร้อยละ 15)	67. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ 67/55/32	84.88	100	
68/56/33	68. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 68/56/33	82	85	
69/57/34	69. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	98.91	60	
70/58/35	70. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	NA	25	
71/59/-	71. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	NA	10	
72/60/-	72. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA *สสอ.ผ่านเกณฑ์ PMQA ร้อยละ 50	79.07	5 ขั้นตอน 100%	
73/61/-	73. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	88.9	80	
74/62/36	74. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว	27.06	40	

สำหรับ ระดับ คปสอ.

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่1 ประสิทธิผล ตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 65) 3/3/2 4/4/3 5/5/4 7/6/- 8/7/- 9/8/- 10/9/- 11/10/5 12/11/6 14/12/7 15/13/- 17/14/- 18/15/8 19/16/- 20/17/- 22/18/9 23/19/- 24/20/- 25/21/10 26/22/11 28/23/12 30/24/- 31/25/13	1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งไับไม่ดับ และ มะเร็งท่อน้ำดี 1/1/1	ระดับ 5	ระดับ 5	
	2. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) ระดับดีขึ้นไป 2/2/-	100	100	
	3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดัน	DM 2.19 HT 38.1	DM<2.4 HT<8	
	4. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ใน ประชาชน	ผ่าน 7/10 แห่ง	91	
	5. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	54.68	55	
	6. ความสำเร็จในการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	ผ่านทุกอำเภอ	80	
	7. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	16.58	20	
	8. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.ได้รับการรับรองมาตรฐาน	100	100	
	9. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	น้ำ 97.14	น้ำ 100	
	10. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ผลิตภัณฑ์ 88.95 อาหาร 90.70	80	
	11. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	FP 153.93 Diarrhea 745.82	FP 50 Diarrhea 20	
	12. อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR 2005)	พื้นฐาน 66.67% ดี 0%	พื้นฐาน 100% ดี 20%	
	13. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับดี 5 อำเภอ	ระดับดี 6 อำเภอ	
	14. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	78.44	85	
	15. ร้อยละ 70 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกักกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.	9.46	70	
	16. ไม่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ Gen2	9 อำเภอ	9 อำเภอ	
	17. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	22.75	87	
	18. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	HI (บ้าน)	92	
		CI (ร.ร.,วัด.,ศพด.)	100	
		CI (รพท.,รพช.,รพสต.)	100	
	19. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปีในช่วง 5 ปีย้อนหลัง	ลดลง 46.52	20	
	20. อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	0	<0.13	
	21. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมได้	DM 20.03 HT 50.67	DM 40 HT 50	
	22. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk	85.10	87.5	
	23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	ชั้น 1 = 100	ชั้น 2 = 20	
	24. อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	5.72	<3.4	
	25. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	ระดับดี 100	ระดับดีมาก 50	

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
32/26/14	26. ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	28.29	20	
33/27/15	27. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต *ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา	46.05 93.37	50 90	
34/28/-	28. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)	4.41	<6.3	
35/29/-	29. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	24.20	30	
36/30/-	30. จำนวน รพ.ที่มีทีม Capture the Fracture *ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) *ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	NA 8.75 16.61	10 <30 50	
37/31/-	31. *ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับความปลอดภัย	71.43	70	
39/32/-	32. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ผ่าตัด 71.47 รังสี 90.52 เคมี 56.52	85	
42/33/16	33. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72m ² /yr	66.07	66	
43/34/-	34. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	96.64	80	
45/35/-	35. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate care	NA	10	
46/36/-	36. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	NA	15	
47/37/-	37. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	NA	10	
48/38/-	38. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%	NA	90	
49/39/17	39. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	72.11	60	
50/40/18	40. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	94.74	70	
51/41/19-24	41. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	ไม่ผ่านทุกอำเภอ	90 คะแนน	
52/42/25	42. ร้อยละวัยเรียนสูงที่สุดส่วน	68.77	68	
53/43/-	43. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี (ต่อแสน)	6.53	<4.5	
54/44/26	44. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	25.36 ต่อพัน	<42 ต่อพัน	
56/45/27	45. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	58.06	60	
มิติที่ 2	46. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 57/-/-	7 ทีม	13 ทีม	
คุณภาพ (ร้อยละ 10)	47. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย 58/46/-	NA	50	
59/47/28	48. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	86.82	55	
60/48/-	49. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 18 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	ผ่าน 4 ขั้นตอนทุกแห่ง	80	

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
61/49/29	50. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	30.95	50	
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10) 64/52/- 65/53/- 66/54/31	51. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 62/50/-	66.67	100	
	52. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป 63/51/30	100	100	
	53. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)	50	100	
	54. ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใบยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และ วัสดุทันตกรรม	39.25	25	
	55. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	73.68	100	
มิติที่ 4 พัฒนาองค์กร (ร้อยละ 15) 69/57/34 70/58/35 71/59/- 72/60/- 73/61/- 74/62/36	56. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ 67/55/32	84.88	100	
	57. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 68/56/33	82	85	
	58. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	98.91	60	
	59. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ใหหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	NA	25	
	60. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	NA	10	
	61. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA *สสอ.ผ่านเกณฑ์ PMQA ร้อยละ 50	79.07	5 ขึ้นตอน 100%	
	62. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3	88.9	80	
	63. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	27.06	40	

สำหรับ ระดับ รพ.สต.

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่1 ประสิทธิผล ตามยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 65) 4/4/3 5/5/4 11/10/5 12/11/6 14/12/7 18/15/8	1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่อ และ ระบาดวิทยา 1/1/1	ระดับ 5	ระดับ 5	
	2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดัน 3/3/2	DM 2.19 HT 38.1	DM<2.4 HT<8	
	3. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน	ผ่าน 7/10 แห่ง	91	
	4. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	54.68	55	
	5. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ผลิตภัณฑ์ 88.95 อาหาร 90.70	80	
	6. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	FP 153.93 Diarrhea 745.82	FP 50 Diarrhea 20	
	7. อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR 2005)	พื้นฐาน 66.67% ดี 0%	พื้นฐาน 100% ดี 20%	
	8. ร้อยละ 70 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.	9.46	70	

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	Baseline Data	เป้าหมาย	น้ำหนัก (ร้อยละ)
22/18/9	9. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด HI (บ้าน) CI (ร.ร., วัด., ศพด.) CI (รพท., รพช., รพสต.)	95.68 100 100	92 100 100	
25/21/10	10. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมได้	DM 20.03 HT 50.67	DM 40 HT 50	
26/22/11	11. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk	85.10	87.5	
28/23/12	12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	ชั้น 1 = 100	ชั้น 2 = 20	
31/25/13	13. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	ระดับดี 100	ระดับดีมาก 50	
32/26/14	14. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	28.29	20	
33/27/15	15. *ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา	93.37	90	
42/33/16	16. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.72m ² /yr	66.07	66	
49/39/17	17. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	72.11	60	
50/40/18	18. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	94.74	70	
51/41/19-24	19. หญิงตั้งครรภ์รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	83.82	60	
	20. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	73.97	60	
	21. เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	73.28	50	
	22. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	87.53	100	
	23. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	100	100	
	24. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	100	100	
52/42/25	25. ร้อยละวัยเรียนสูงดีสมส่วน	68.77	68	
54/44/26	26. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	25.36 ต่อพัน	<42 ต่อพัน	
56/45/27	27. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	58.06	60	
มิติที่ 2 คุณภาพ (ร้อยละ 10)	28. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.) 59/47/28	86.82	55	
	29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 61/49/29	30.95	50	
มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)	30. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป 63/51/30	100	100	
	31. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน 66/54/31	73.68	100	
มิติที่ 4 พัฒนาองค์กร (ร้อยละ 15)	32. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ 67/55/32	84.88	100	
69/57/34	33. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 68/56/33	82	85	
	34. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	98.91	60	
70/58/35	35. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	NA	25	
74/62/36	36. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	27.06	40	

ตัวชี้วัดการประเมินผลงานด้านสาธารณสุข ปี 2561
ระดับ
จังหวัด | คปสอ. | รพ.สต.

มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัดที่ 1/1/1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี												
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ระดับจังหวัด/คปสอ.												
1/1/1	การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดง/ตำบลมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2. สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดง/ตำบลมีการดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้แบบ CCA01 ของโครงการ CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program) และบันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในฐานข้อมูล Isan Cohort การใช้ประโยชน์จากข้อมูลร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยหากพบผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เคยได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ เคยกินปลาดิบ ให้ได้รับการตรวจจาะจาะทุกราย และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้ 1. มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเป็นคนอีสานโดยกำเนิด 2. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 3. ผู้ที่มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆสุกๆ 4. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ได้รับการคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) 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 (สะสมปี 60-61)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมปี 60-61)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมปี 60-61)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมปี 60-61)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมปี 60-61)</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมปี 60-61)	2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมปี 60-61)	3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมปี 60-61)	4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมปี 60-61)	5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมปี 60-61)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมปี 60-61)												
2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมปี 60-61)												
3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมปี 60-61)												
4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมปี 60-61)												
5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมปี 60-61)												

ขั้นตอนที่ 2 ร้อยละการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปี ขึ้นไปในตำบลเป้าหมาย ผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ/พยาธิอื่นๆได้รับการรักษาให้หายขาดทุกราย ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 5)

อำเภอ	เป้าหมาย	ปี 2559			ปี 2560			ปี 2561
		ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	ตำบล
เมืองหนองคาย	905 ราย				วัดธาตุ	909	100.00	หนองกอมเกาะ
ท่าบ่อ	905 ราย	น้ำโมง	905	100.00	น้ำโมง			บ้านดอน
โพนพิสัย	905 ราย	จุมพล	976	100.00	จุมพล			กุดบง
ศรีเชียงใหม่	905 ราย	พระพุทธบาท	905	100.00	พระพุทธบาท			พราณพรวัว
สังคม	905 ราย				แก้งไก่	745	82.32	นาจิว
สระใคร	905 ราย				คอกช้าง	887	98.01	ฝาง
เผ่าไร่	905 ราย				หนองหลวง	752	83.09	เผ่าไร่
รัตนวาปี	905 ราย	บ้านดอน	926	100.00	บ้านดอน			รัตนวาปี
โพธิ์ตาก	905 ราย				โพธิ์ตาก	679	75.02	โพนทอง
รวม		4 ตำบล	3,710	100.00	4 ตำบล	3,972	87.78	9 ตำบล

สูตรการคำนวณ : (A/B)*100

A : จำนวนผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (คน)

B : จำนวนเป้าหมายที่กำหนด (ตำบลละ 905 คน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
2	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 61-70
3	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 71-80
4	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 80-90
5	จำนวนผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90-100

ขั้นตอนที่ 3 ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีจากผลการคัดกรองด้วยวาจา ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ เป้าหมาย ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 10)

ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ผู้ที่ตอบผลการคัดกรองด้วยวาจา มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

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

วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography) เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน และต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2559 และ ปี 2560

ปีงบประมาณ 2559					ปีงบประมาณ 2560			
อำเภอ	อายุ 40 ปี ขึ้นไป	คัดกรอง วจา	ร้อยละ	ตรวจ ultrasound	อายุ 40 ปี ขึ้นไป	คัดกรอง วจา	ร้อยละ	ตรวจ ultrasound
เมือง	58,195	47,364	81.39	1,259	61,052	41,906	68.64	599
ท่าบ่อ	31,392	26,438	84.22	1,368	30,354	26,742	88.1	245
โพนพิสัย	32,270	29,703	92.05	2,209	34,930	30,403	87.04	2,290
ศรีเชียงใหม่	4,596	3,977	86.53	767	10,035	8,872	88.41	72
สังคม	7,183	5,721	79.65	0	10,263	7,600	74.05	131
สระใคร	9,323	7,412	79.50	177	8,219	7,703	93.72	352
เผ่าไร่	1,524	12,880	82.97	282	16,572	13,403	80.88	709
รัตนวาปี	16,183	15,171	93.75	585	15,454	14,051	90.92	114
โพธิ์ตาก	5,145	4,351	84.57	583	5,789	5,619	97.06	522
รวม	179,811	153,017	85.10	7,223	192,668	156,299	81.12	5,034

สูตรการคำนวณ : $(A/B)*100$

A : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

B : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการคัดกรองด้วยวจา พบ

ปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

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

ขั้นตอนที่ 4 อำเภอมีตำบลต้นแบบในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน (คะแนนเต็ม 10) โดยมีกิจกรรมอย่างน้อย ร้อยละ 40 ของตำบลในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้

กิจกรรม 4.1 อำเภอมีตำบลต้นแบบในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน ร้อยละ 40

กิจกรรม 4.2 ตำบลต้นแบบมีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ ร้านค้าแผงลอย ในรูปแบบต่างๆ เช่น อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม 4.3 ตำบลต้นแบบมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรม 4.4 ตำบลต้นแบบมีธรรมนูญสุขภาพหรือกฎระเบียบทางสังคมที่ชุมชนจัดตั้งขึ้นเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรม 4.5 ตำบลต้นแบบมีโรงเรียนที่นำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปปรับใช้ในโรงเรียน อย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงเรียนในพื้นที่ตำบลต้นแบบ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2	มีกิจกรรม 1 ข้อ
4	มีกิจกรรม 2 ข้อ
6	มีกิจกรรม 3 ข้อ
8	มีกิจกรรม 4 ข้อ
10	มีกิจกรรม 5 ข้อ

	ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เป้าหมายร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) สูตรการคำนวณ : (A/B)*100 A : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน B : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ <table border="1"> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100</td></tr> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60	2	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 70	3	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80	4	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90	5	ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100
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. การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดวิทยาโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดงมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาระบาดวิทยาโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดวิทยาโรคมะเร็งท่อน้ำดี 2. สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดวิทยาโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้กับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดวิทยาโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดวิทยาโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดงมีการดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้แบบคัดกรอง CCA01 ของโครงการ CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Car Program และบันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในฐานข้อมูล Isan Cohort และมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยหากพบผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เคยได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ และเคยกินปลาดิบ ให้ได้รับการตรวจอุจจาระทุกราย และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้ 1. มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเป็นคนอีสานโดยกำเนิด 2. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 3. ผู้ที่มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆสุกๆ 4. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ ได้รับการคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound) สูตรการคำนวณ : (A/B)*100 A : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 B : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด												

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมปี 60-61)
2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมปี 60-61)
3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมปี 60-61)
4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมปี 60-61)
5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมปี 60-61)

ขั้นตอนที่ 2 รพ.สต.มีฐานข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี Isan Cohort และมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล (คะแนนเต็ม 5)

สูตรการคำนวณ : -

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
3	รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort ไม่มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน
5	รพ.สต.มีฐานข้อมูล Isan Cohort มีการสรุปสถานการณ์/รายงาน

ขั้นตอนที่ 3 ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีจากผลการคัดกรองด้วยวาจา ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ เป้าหมาย ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 10)

ประชากรที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ผู้ที่ตอบผลการคัดกรองด้วยวาจา มีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

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

วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography) เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน และต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

สูตรการคำนวณ : $(A/B)*100$

A : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

B : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการคัดกรองด้วยวาจา พบปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 4 ข้อ

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

ขั้นตอนที่ 4 รพ.สต.มีการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน โดยมีกิจกรรมอย่างน้อย ดังนี้

ข้อที่ 4.1 รพ.สต. มีการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน

ข้อที่ 4.2 รพ.สต.มีการรณรงค์ ให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ ร้านค้า แผงลอย ในรูปแบบต่างๆ เช่น อย่างต่อเนื่อง

	ข้อที่ 4.3 รพ.สต.มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			
	ข้อที่ 4.4 รพ.สต.มีธรรมนูญสุขภาพหรือกฎระเบียบทางสังคมที่ชุมชนจัดตั้งขึ้นเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			
	ข้อที่ 4.5 รพ.สต.มีโรงเรียนที่นำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปปรับใช้ในโรงเรียน อย่างน้อย 1 โรงเรียน			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	2	มีผลงาน 1 ข้อ		
	4	มีผลงาน 2 ข้อ		
	6	มีผลงาน 3 ข้อ		
	8	มีผลงาน 4 ข้อ		
	10	มีผลงาน 5 ข้อ		
	ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเป้าหมายร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)			
สูตรการคำนวณ : (A/B)*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			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์			
เป้าหมาย	ระดับ 5			
วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยง ผลการตรวจอัลตราซาวด์ ผลการตรวจอุจจาระ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้สุขศึกษา ดูจากฐานข้อมูล Isan Cohort 2. หลักฐานอื่นๆ จากแผนงาน/โครงการ เอกสารหลักฐานกิจกรรมเชิงประจักษ์			
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560–กุมภาพันธ์ 2561 (ขั้นตอนที่ 1-2 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort) คะแนนเต็ม 10 รอบที่ 2 : มีนาคม–กรกฎาคม 2561 (ขั้นตอนที่ 3-5 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort) คะแนนเต็ม 35			
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนรวม ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จ	คะแนนรวม	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	คะแนนรวม		11-15
	2	คะแนนรวม		16-20
	3	คะแนนรวม		21-25
	4	คะแนนรวม		26-30
	5	คะแนนรวม		31-35

เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Isan Cohort) 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) 4. สรุปรายงานเชิงประจักษ์	
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.นิตยา ชุตไธสง	โทร. 08 3368 4324
	นางศิริพร มณี	โทร. 09 3979 7082
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 109

ตัวชี้วัดที่ 2/2/-	อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้นไป																																		
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด : ร้อยละ ระดับ คปสอ. : ระดับความสำเร็จ ระดับ รพ.สต. : -																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ xx																																		
คำอธิบาย 2/2/-	อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) หมายถึง อำเภอที่มีกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผ่านการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ (UCCARE) ขับเคลื่อนกระบวนการเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับของอำเภอ มีการดูแลแบบผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยมีเป้าหมายให้เกิด “อำเภอสุขภาพ” คือ สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ประชาชนดูแลตนเองได้ และทีมสุขภาพมีความเข้มแข็ง กระบวนการและผลลัพธ์ ประกอบด้วย <table><tr><th>องค์ประกอบ</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>1. เป็นอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในระดับ “ดี” ขึ้นไป</td><td>20</td></tr><tr><td>2. มีกิจกรรมและผลผลิตที่สำคัญ</td><td>80</td></tr><tr><td> 2.1 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป</td><td>(20)</td></tr><tr><td> 2.2 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง</td><td>(20)</td></tr><tr><td> 2.3 มาตรการการจัดการโรคเรื้อรัง</td><td>(40)</td></tr><tr><td>3. มีผลลัพธ์หรือผลความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค NCD</td><td>50</td></tr><tr><td> 3.1 มีนวัตกรรมหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือผลิตภัณฑ์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ</td><td>(5)</td></tr><tr><td> 3.2 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรือ รอบเอวเกินลดลงจากปีที่ผ่านมา</td><td>(5)</td></tr><tr><td> 3.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ (อย่างน้อย 6 เดือน) ได้ $\geq$ ร้อยละ 25</td><td>(5)</td></tr><tr><td> 3.4 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40</td><td>(5)</td></tr><tr><td> 3.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เกินร้อยละ 2.50</td><td>(5)</td></tr><tr><td> 3.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40</td><td>(10)</td></tr><tr><td> 3.7 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50</td><td>(10)</td></tr><tr><td> 3.8 อัตราตายจากโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 2.5 ต่อปี (ปี 2568 ลดลง 25%) (รหัส E10 – E14)</td><td>(5)</td></tr><tr><td>รวม</td><td>150</td></tr></table>			องค์ประกอบ	คะแนน	1. เป็นอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในระดับ “ดี” ขึ้นไป	20	2. มีกิจกรรมและผลผลิตที่สำคัญ	80	2.1 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป	(20)	2.2 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง	(20)	2.3 มาตรการการจัดการโรคเรื้อรัง	(40)	3. มีผลลัพธ์หรือผลความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค NCD	50	3.1 มีนวัตกรรมหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือผลิตภัณฑ์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	(5)	3.2 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรือ รอบเอวเกินลดลงจากปีที่ผ่านมา	(5)	3.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ (อย่างน้อย 6 เดือน) ได้ $\geq$ ร้อยละ 25	(5)	3.4 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40	(5)	3.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เกินร้อยละ 2.50	(5)	3.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	(10)	3.7 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	(10)	3.8 อัตราตายจากโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 2.5 ต่อปี (ปี 2568 ลดลง 25%) (รหัส E10 – E14)	(5)	รวม	150
องค์ประกอบ	คะแนน																																		
1. เป็นอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในระดับ “ดี” ขึ้นไป	20																																		
2. มีกิจกรรมและผลผลิตที่สำคัญ	80																																		
2.1 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป	(20)																																		
2.2 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง	(20)																																		
2.3 มาตรการการจัดการโรคเรื้อรัง	(40)																																		
3. มีผลลัพธ์หรือผลความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค NCD	50																																		
3.1 มีนวัตกรรมหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือผลิตภัณฑ์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	(5)																																		
3.2 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรือ รอบเอวเกินลดลงจากปีที่ผ่านมา	(5)																																		
3.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ (อย่างน้อย 6 เดือน) ได้ $\geq$ ร้อยละ 25	(5)																																		
3.4 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40	(5)																																		
3.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เกินร้อยละ 2.50	(5)																																		
3.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	(10)																																		
3.7 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	(10)																																		
3.8 อัตราตายจากโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 2.5 ต่อปี (ปี 2568 ลดลง 25%) (รหัส E10 – E14)	(5)																																		
รวม	150																																		
เกณฑ์การตัดสิน	ระดับคะแนนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD <table><tr><th>ระดับ</th><th>รอบที่ 1 (100 คะแนน)</th><th>รอบที่ 2 (150 คะแนน)</th></tr><tr><td>ปรับปรุง</td><td>51 – 60 คะแนน</td><td>101 – 110 คะแนน</td></tr><tr><td>พอใช้</td><td>61 – 70 คะแนน</td><td>111 – 120 คะแนน</td></tr><tr><td>ดี</td><td>71 – 80 คะแนน</td><td>121 – 130 คะแนน</td></tr><tr><td>ดีมาก</td><td>81 – 90 คะแนน</td><td>131 – 140 คะแนน</td></tr><tr><td>ดีเยี่ยม</td><td>91 คะแนนขึ้นไป</td><td>141 คะแนนขึ้นไป</td></tr></table>			ระดับ	รอบที่ 1 (100 คะแนน)	รอบที่ 2 (150 คะแนน)	ปรับปรุง	51 – 60 คะแนน	101 – 110 คะแนน	พอใช้	61 – 70 คะแนน	111 – 120 คะแนน	ดี	71 – 80 คะแนน	121 – 130 คะแนน	ดีมาก	81 – 90 คะแนน	131 – 140 คะแนน	ดีเยี่ยม	91 คะแนนขึ้นไป	141 คะแนนขึ้นไป														
ระดับ	รอบที่ 1 (100 คะแนน)	รอบที่ 2 (150 คะแนน)																																	
ปรับปรุง	51 – 60 คะแนน	101 – 110 คะแนน																																	
พอใช้	61 – 70 คะแนน	111 – 120 คะแนน																																	
ดี	71 – 80 คะแนน	121 – 130 คะแนน																																	
ดีมาก	81 – 90 คะแนน	131 – 140 คะแนน																																	
ดีเยี่ยม	91 คะแนนขึ้นไป	141 คะแนนขึ้นไป																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอ (คปสอ.) 9 อำเภอ																																		

เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละ 100 ของจำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน (NCD) ระดับดีขึ้น ระดับ คปสอ. : ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน (NCD) ระดับดีขึ้น ระดับตำบล : -													
วิธีการประเมิน	1. จากแบบสรุปรูปการประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD 2. จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับจังหวัด 3. จากเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC และหรือ Cockpit และหรือ Chronic Link หนองคาย													
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 วัดเกณฑ์กระบวนการ และผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 รวม 100 คะแนน รอบที่ 2 วัดเกณฑ์กระบวนการ และผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3 รวม 150 คะแนน <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>2</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>3</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>5</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 60	2	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 70	3	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 80	4	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 90	5	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 60													
2	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 70													
3	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 80													
4	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 90													
5	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	เกณฑ์การตัดสิน รอบที่ 1 วัดเกณฑ์กระบวนการ และผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 2.3 รวม 100 คะแนน รอบที่ 2 วัดเกณฑ์กระบวนการ และผลลัพธ์ ข้อ 1 – ข้อ 3 รวม 150 คะแนน <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับปรับปรุง</td></tr><tr><td>2</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับพอใช้</td></tr><tr><td>3</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดี</td></tr><tr><td>4</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีมาก</td></tr><tr><td>5</td><td>อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีเยี่ยม</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับปรับปรุง	2	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับพอใช้	3	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดี	4	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีมาก	5	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีเยี่ยม	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับปรับปรุง													
2	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับพอใช้													
3	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดี													
4	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีมาก													
5	อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีเยี่ยม													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการ อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ระดับดี – ดีเยี่ยม - ระดับดีมาก ร้อยละ 88.89 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 11.11</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการ อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ระดับดี – ดีเยี่ยม - ระดับดีมาก ร้อยละ 88.89 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 11.11	ร้อยละ	-	100	100
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ										
		2558	2559	2560										
อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการ อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ระดับดี – ดีเยี่ยม - ระดับดีมาก ร้อยละ 88.89 - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 11.11	ร้อยละ	-	100	100										
	<table><tr><th>อำเภอ</th><th>ผลการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ปี 2560</th><th>ระดับ</th></tr><tr><td>เมืองหนองคาย</td><td>137.42</td><td>ระดับดีมาก</td></tr><tr><td>ท่าบ่อ</td><td>131.47</td><td>ระดับดีมาก</td></tr></table>	อำเภอ	ผลการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ปี 2560	ระดับ	เมืองหนองคาย	137.42	ระดับดีมาก	ท่าบ่อ	131.47	ระดับดีมาก				
อำเภอ	ผลการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (NCD) ปี 2560	ระดับ												
เมืองหนองคาย	137.42	ระดับดีมาก												
ท่าบ่อ	131.47	ระดับดีมาก												

		<table> <tr> <td>โพนพิสัย</td><td>143.35</td><td>ระดับดีเยี่ยม</td></tr> <tr> <td>ศรีเชียงใหม่</td><td>136.65</td><td>ระดับดีมาก</td></tr> <tr> <td>สังคม</td><td>137.30</td><td>ระดับดีมาก</td></tr> <tr> <td>สระใคร</td><td>131.90</td><td>ระดับดีมาก</td></tr> <tr> <td>เผ่าไร่</td><td>130.50</td><td>ระดับดี</td></tr> <tr> <td>รัตนวาปี</td><td>131.60</td><td>ระดับดีมาก</td></tr> <tr> <td>โพธิ์ตาก</td><td>131.66</td><td>ระดับดีมาก</td></tr> </table>	โพนพิสัย	143.35	ระดับดีเยี่ยม	ศรีเชียงใหม่	136.65	ระดับดีมาก	สังคม	137.30	ระดับดีมาก	สระใคร	131.90	ระดับดีมาก	เผ่าไร่	130.50	ระดับดี	รัตนวาปี	131.60	ระดับดีมาก	โพธิ์ตาก	131.66	ระดับดีมาก
โพนพิสัย	143.35	ระดับดีเยี่ยม																					
ศรีเชียงใหม่	136.65	ระดับดีมาก																					
สังคม	137.30	ระดับดีมาก																					
สระใคร	131.90	ระดับดีมาก																					
เผ่าไร่	130.50	ระดับดี																					
รัตนวาปี	131.60	ระดับดีมาก																					
โพธิ์ตาก	131.66	ระดับดีมาก																					
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/แผนปฏิบัติการอำเภอเกี่ยวกับการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้านโรคไม่ติดต่อ (NCD) 2. ผลการประเมินตนเองของอำเภอ UCCARE 3. ผลการประเมินตนเองหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. ผลการประเมินตนเองตำบลจัดการสุขภาพดี 5. ผลการประเมินตนเององค์กรไร้พุง 6. แผนการดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรคเรื้อรังในระดับอำเภอโดยชุมชนอย่างน้อย 1 โครงการ 7. นโยบาย/มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 8. นวัตกรรมสุขภาพ 9. สรุปผลการดำเนินงานทุก 4 เดือน (รายงานแยกรายตำบล) 10. รูปภาพจัดกิจกรรม																						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์	โทร. 089 7102475																					
	กลุ่มงานควบคุมโรค (งาน NCD)	โทร. 042 413354 ต่อ 105																					
	นางณัฐกาญจน์ รียะบุตร	โทร. 089 7146494																					
	งาน : สุขศึกษาประชาสัมพันธ์	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 121																					
	นายฉัตรวิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย และ	โทร. 083 1446566																					
	นายประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 081 9778442																					
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123																					
	นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 089 5711175																					
	งานสุขภาพภาคประชาชน																						
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120																					
	นางสาวจรัสศรี อาจศิริ	โทร 081 5447472																					
	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย	โทร. 0 424 22906																					

ตัวชี้วัดที่ 3/3/2	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ xx
คำอธิบาย 3/3/2	- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน - กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre – DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับน้ำตาล FBS 100-125 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ - ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง - อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10-I15) - อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน) - กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับความดันโลหิต 120-139/80-89 mmHg. ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ - ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์* และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง - การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม. หรือด้วยตนเอง (กรณีที่ไม่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 เดือน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา - ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14) - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) ปี 2560 และ ปี 2561
เป้าหมาย	- รายใหม่เบาหวานจาก Pre – DM ไม่เกินร้อยละ 2.40 - รายใหม่ความดันโลหิตสูงจาก กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ไม่เกินร้อยละ 8 - อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5 เมื่อเทียบกับปี 2559 - อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10
วิธีการประเมิน	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
ระยะเวลาประเมิน	ไตรมาส 4 หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา												
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ												
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในปีงบประมาณที่ผ่านมา												
รายการข้อมูล 5	E : อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปีงบประมาณ 2559												
รายการข้อมูล 6	F : อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปีงบประมาณ 2561												
รายการข้อมูล 7	G : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน โดย อสม. หรือด้วยตนเอง (ภายใน 6 เดือนหลังจากได้รับการคัดกรองที่รพ.แล้ว)												
รายการข้อมูล 8	H : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	1. อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จาก Pre - DM = $(A/B) \times 100$ 2. อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก Pre - HT และสงสัยป่วย HT = $(C/D) \times 100$ 3. อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง = $(F - E) / E \times 100$ 4. ประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน = $(G/H) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.ระดับ รพ.สต.	1. อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จาก Pre - DM <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 3.2</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.8</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.4</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 1.6</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 3.2	2	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.8	3	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.4	4	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2	5	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 1.6
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 3.2												
2	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.8												
3	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.4												
4	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2												
5	อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 1.6												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.ระดับ รพ.สต.	2. อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก Pre - HT และสงสัยป่วย HT <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 10</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 9</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 8</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 7</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 6</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 10	2	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 9	3	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 8	4	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 7	5	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 6
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 10												
2	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 9												
3	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 8												
4	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 7												
5	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ≤ร้อยละ 6												

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	3. อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1.5			
	2	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2			
	3	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5			
	4	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3			
	5	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3.5			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	4. ประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ร้อยละ 6			
	2	ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ร้อยละ 8			
	3	ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ร้อยละ 10			
	4	ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ร้อยละ 12			
	5	ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ร้อยละ 14			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จาก Pre - DM				
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง DM	ร้อยละ	NA	3.68	2.76
	อำเภอเมืองหนองคาย			1.82	2.68
	อำเภอท่าบ่อ			5.40	2.15
	อำเภอโพนพิสัย			4.17	2.52
	อำเภอศรีเชียงใหม่			1.87	0.89
	อำเภอสังคม			1.72	1.76
	อำเภอสระใคร			3.00	2.66
	อำเภอเฝ้าไร่			2.63	1.51
	อำเภอรันทวนาปี			6.82	1.64
	อำเภอโพธิ์ตาก			3.51	2.19
	รวม				

	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก Pre – HT และสงสัยป่วย HT				
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2558	2559	2560	
อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย HT	ร้อยละ	NA	NA	38.1	
อำเภอเมืองหนองคาย				15.1	
อำเภอท่าบ่อ				48.5	
อำเภอโพนพิสัย				24.5	
อำเภอศรีเชียงใหม่				46.0	
อำเภอสังคม				39.9	
อำเภอสระใคร				40.4	
อำเภอเฝ้าไร่				38.5	
อำเภอรันทวาปี				54.6	
อำเภอโพธิ์ตาก				50.0	

อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (ต่อแสน ปชก.)				
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2558	2559	2560
อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่	ร้อยละ	NA	1,113.04	991.42
อำเภอเมืองหนองคาย			1,144.92	1,102.97
อำเภอท่าบ่อ			1,055.75	918.19
อำเภอโพนพิสัย			1,166.10	958.75
อำเภอศรีเชียงใหม่			1,511.68	1,212.20
อำเภอสังคม			1,408.90	895.31
อำเภอสระใคร			712.32	755.78
อำเภอเฝ้าไร่			686.82	708.14
อำเภอรันทวาปี			1,032.28	1,206.00
อำเภอโพธิ์ตาก			1,831.22	1,049.68

เกณฑ์การประเมิน : Quick Win 2561				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
DM	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ ร้อยละ 30	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ ร้อยละ 80	อัตราประชากร Pre-DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ ร้อยละ 90	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40
HT	มีการเตรียมความพร้อมและแผนงานในการดำเนินงานสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 3	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 5	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 10

เอกสารอ้างอิง	- ระบบรายงาน HDC หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ 1. งดสูบบุหรี่ และดื่มควันบูหรี่ อย่างน้อย 6 เดือน

	2. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม² ให้ลดน้ำหนักลง 5% ของน้ำหนักเดิมภายใน 1 ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมบริโภคอาหาร(โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม) 3. งดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 6 เดือน	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์	โทร. 08-9710-2475
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 4/4/3	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ xx
คำอธิบาย 4/4/3	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน หมายถึง ความสำเร็จ การบรรลุเป้าหมาย จากกระบวนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะมุ่งสร้างสมรรถนะของการสร้างสุขภาพดี ควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง และเป็นกระบวนการที่มุ่งดำเนินการกันทั้งบุคคลและสังคม พิจารณาความสำเร็จของการดำเนินงานตาม KPI ย่อย ดังนี้ 1. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมกิจกรรมทางกาย (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (15 คะแนน) 2. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (15 คะแนน) 3. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการประเมินหาค่า BMI และหรือรอบเอว (20 คะแนน) 4. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (20 คะแนน) 5. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และ/หรือรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 (20 คะแนน) 6. มีสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกไตรมาส (10 คะแนน) รายละเอียดการให้คะแนนตามแนบท้าย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ/บุคลากรสาธารณสุข /ประชาชนทั่วไป
เป้าหมาย	ร้อยละ 91
วิธีการประเมิน	1. พิจารณาผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินราย KPI ย่อย 6 ตัว 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงสู่ประเมินชมรมสร้างสุขภาพ 3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC และหรือ Cockpit และหรือ Chronic Link หนองคาย
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561
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 71				
	2	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 76				
	3	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 81				
	4	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 86				
	5	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน ร้อยละ 91				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน		ร้อยละ	-	85.56	89.93
	ข้อมูลพื้นฐานรายอำเภอปี 2560					
	อำเภอ	ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากร				
	เมืองหนองคาย	91.93				
	ท่าบ่อ	68.38				
	โพนพิสัย	96.32				
	ศรีเชียงใหม่	90.39				
	สังคม	92.18				
สระใคร	94.67					
เผ่าไร่	97.72					
รัตนวาปี	84.44					
โพธิ์ตาก	88.94					
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลสภาวะสุขภาพประชาชน รอบเอว/BMI /พฤติกรรมเสี่ยง 2. ข้อมูลรอบเอว/BMI บุคลากรสาธารณสุขในองค์กรรายบุคคล 3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการปี 2560 4. คำสั่งคณะทำงานบริหารจัดการสร้างสุขภาพ 5. รูปภาพกิจกรรม					
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมั้นไวย		โทร. 083 1446566			
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			
	นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร		โทร. 089 7146494			
	งาน : สุขศึกษาประชาสัมพันธ์		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 121			
	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์		โทร. 089 7102475			
	กลุ่มงานควบคุมโรค (งาน NCD)		โทร. 042 413354 ต่อ 105			

เกณฑ์การให้คะแนน ความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ปี 2561

1. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (15 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
3	ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
6	ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
9	ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
12	ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
15	ร้อยละของจำนวนหมู่บ้านที่มีชมรมกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 1 ชมรม	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

คำอธิบาย

ชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หมายถึง ชมรมที่มีการจัดตั้งเพื่อมีการจัดกิจกรรมทางกาย เช่น เดินแอโรบิก จักรยาน การเดิน การวิ่ง รำไม้พลอง การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาต่างๆ เป็นต้น โดย รพศ. รพช. รพ.สต. หรือหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่จัดตั้ง หรือ ชุมชนจัดตั้งกันเอง โดย รพศ. รพช. รพ.สต. หรือหน่วยบริการสาธารณสุข สนับสนุน ชมรม เช่น การให้ความรู้ และส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นต้น

เกณฑ์ของชมรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หมายถึง เกณฑ์ที่ประเมินชมรมกิจกรรมทางกายที่มีการดำเนิน กิจกรรมทางกายเป็นอย่างดี ซึ่งต้องมี 6 องค์ประกอบ คือ

1. ต้องมีโครงสร้างชมรมที่ชัดเจน (มีคณะทำงานผู้รับผิดชอบ เป็นเอกสารชัดเจน)
2. มีแกนนำในการมีกิจกรรมทางกายที่ได้รับการฝึกอบรมการมีกิจกรรมทางกาย
3. จัดกิจกรรมอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ยกเว้นชมรมจักรยาน ชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)
4. มีสถานที่ และการมีกิจกรรมทางกายที่แน่นอน ปลอดภัย
5. มีการบริหารจัดการในเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนทั้งจากหน่วยงานในพื้นที่หรือจากชุมชน
6. มีทะเบียน/สมุดบันทึกชมรม และมีสมาชิกชมรมฯ อย่างน้อย 20 คน

2. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุง (15 คะแนน) โดยที่ :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
3	✓				
6	✓	✓			
9	✓	✓	✓		
12	✓	✓	✓	✓	
15	✓	✓	✓	✓	✓

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
3	มีโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานองค์กรไร้พุง - มีกิจกรรมการเปิดตัวองค์กรไร้พุง/มีบันทึกการประชุมคณะกรรมการฯ/นโยบายองค์กรไร้พุง - มีแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ/การสนับสนุนงบประมาณ
6	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคอ้วนลงพุง ภายในองค์กร บอร์ด/ป้าย/แผ่นพับ/เฟสบุ๊ก/ไลน์/เสียงตามสาย/ฯลฯ
9	มีการจัดเก็บข้อมูลรอบเอว/น้ำหนัก/ส่วน/BMI ของบุคลากรในองค์กร การจัดเก็บข้อมูลรอบเอวรายเดือน 6 เดือนแรก/6 เดือนหลัง
12	มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในองค์กร เดิน/วิ่ง/เดินแอโรบิก/ปั่นจักรยาน/โยคะ/รำไม้พลอง/ฯลฯ

15	บุคลากรที่มีค่า BMI และหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่า BMI และหรือรอบเอวลดลง	
	คะแนน	รอบที่ 1 ลดลง $\geq 5\%$
	15 คะแนน	ลดลง $\geq 5\%$
	12 คะแนน	ลดลง 4 - 4.9 %
	9 คะแนน	ลดลง 3 - 3.9 %
	6 คะแนน	ลดลง 2 - 2.9 %
	3 คะแนน	ลดลง $< 2\%$

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

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

4. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMIและหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (เกณฑ์เป้าหมาย $\geq 80\%$) (20 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
4	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีBMIและหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
8	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีBMIและหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
12	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีBMIและหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
16	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีBMIและหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
20	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีBMIและหรือรอบเอวเกินเกณฑ์ ได้รับการปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

5. ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และ/หรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5) (20 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
4	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ1	ร้อยละ1
8	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ2	ร้อยละ2
12	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ3	ร้อยละ3
16	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ4	ร้อยละ4
20	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มี BMI และหรือรอบเอวเกินสามารถลด BMI และหรือรอบเอวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ5	ร้อยละ5

6. 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

ตัวชี้วัดที่ 5/5/4	ร้อยละประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																											
คำอธิบาย 5/5/4	ประชาชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี– 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 • ระดับผอมกว่าปกติ ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.4 • <u>ระดับปกติ ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 22.9</u> • อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23 - 24.9 • อ้วนระดับ 2 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25 - 29.9 • อ้วนระดับ 3 ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 • อ้วนระดับ 4 ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 18 ปี– 59 ปี 11 เดือน 29 วัน																											
เป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงาน ที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 55 ขึ้นไป																											
วิธีการประเมิน	เว็บ HDC → https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php หัวข้อ → กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> งานโภชนาการ >> ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ																											
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																											
ระดับจังหวัด																												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ																											
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด																											
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																											
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="3">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="3">ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="3">ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="3">ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="3">ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="3">ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			1	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 45			2	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50			3	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 55			4	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60			5	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65		
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																											
1	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 45																											
2	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50																											
3	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 55																											
4	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60																											
5	ประชาชนวัยทำงานมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>ร้อยละประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ</td><td>ร้อยละ</td><td>50.35</td><td>50.21</td><td>54.68</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	ร้อยละประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	50.35	50.21	54.68											
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2558	2559	2560																								
ร้อยละประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	50.35	50.21	54.68																								

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 (HDC)				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	49,274	24,230	49.17
	2	ท่าบ่อ	21,119	9,045	42.83
	3	โพนพิสัย	40,240	26,566	66.02
	4	ศรีเชียงใหม่	6,786	2,669	39.33
	5	สังคม	8,344	5,655	67.77
	6	สระใคร	6,394	3,293	51.50
	7	เผ่าไร่	12,430	5,678	45.68
	8	รัตนวาปี	16,596	10,140	61.10
	9	โพธิ์ตาก	4,899	3,544	72.34
		รวม	166,082	90,820	54.68
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลสภาวะสุขภาพประชาชน รอบเอว/BMI /พฤติกรรมเสี่ยง 2. ข้อมูลรอบเอว/BMI บุคลากรสาธารณสุขในองค์กรรายบุคคล 3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการ/โครงการปี 2561 4. คำสั่ง DHB คณะทำงานบริหารจัดการสร้างสุขภาพ 5. รูปภาพกิจกรรมในห้วงเวลาการประเมิน				
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมั่นไวย่			โทร. 08 3144 6566	
	งานวัยทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123	

ตัวชี้วัดที่ 6/-/-	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
หน่วยวัด	อัตรา (จังหวัด/คปสอ.)
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 6/-/-	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิต ในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือน หรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดว่าจะเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและ ประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการ แบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย
เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนน้อยกว่า 16 ต่อแสนประชากร
วิธีการประเมิน	ประเมินจาก - ทีมจังหวัดประเมินอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน โดยการคำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมิน เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จาก โปรแกรม 43 แฟ้ม (HDC) เนื่องจากข้อมูล 3 ฐานยังไม่นิ่ง จึงขอปรับมาใช้ข้อมูลจากการรวบรวมจากข้อมูล การตายฐานมรณบัตรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย กับหนังสือรับรองการตายของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561
ระดับจังหวัด/คปสอ.	รอบที่ 1 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน น้อยกว่า 8 ต่อแสนประชากร รอบที่ 2 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน น้อยกว่า 16 ต่อแสนประชากร
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V01-V89)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อประชากรแสนคน)	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 9	≤ 17		
	2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 8.75	≤ 16.75		
	3	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 8.50	≤ 16.50		
	4	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 8.25	≤ 16.25		
	5	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 8.00	≤ 16.00		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อแสนประชากร)		อัตรา	15.65 (84/ 517,260)	12.70 (66/ 519,580)	6.53 (34/ 520,363)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.-ส.ค 60)					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	
	1	หนองคาย	149,868	9	6.01	
	2	ท่าบ่อ	83,098	8	9.63	
	3	โพนพิสัย	98,566	6	6.08	
	4	ศรีเชียงใหม่	30,853	0	0.00	
	5	สังคม	25,131	3	11.94	
	6	สระใคร	26,595	2	7.52	
	7	เผ่าไร่	52,108	5	9.60	
	8	รัตนวาปี	38,806	1	2.58	
	9	โพธิ์ตาก	15,338	0	0.00	
		รวม	520,363	34	6.53	
	ที่มา : รายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แฟ้ม (รหัส ICD-10 = V01-V89) /HDC					
เอกสารอ้างอิง	1) โปรแกรมรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แฟ้ม (รหัส ICD-10 = V01-V89) /HDC และจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com			
	2. นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com			
	งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และ ยาเสพติด		โทร. 042-421027 โทรสาร 042-421026			

ตัวชี้วัดที่ 7/6/-	ความสำเร็จในการป้องกันอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
หน่วยวัด	ร้อยละ (จังหวัด) คะแนนระดับความสำเร็จ (คปสอ.)
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 7/6/-	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจร ทางบก ไม่รวมทางน้ำ และทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ 5 ปี (ปี 2554-2558) แนวโน้มยังคงดี มีเวลาที่จะดำเนินการอีก 5 ปี เท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ 50 ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7-8 ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ 2 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2554 เป็นค่าตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมาย และกำหนดให้ปี 2564 ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2560 เน้นใน 4 ด้าน (1) การจัดการข้อมูล (2) ด้านการป้องกัน (3) ด้านการรักษา และ (4) ด้านการบริหารจัดการ ตามเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ตามกิจกรรม 10 ข้อ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.แต่ละอำเภอในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	- จังหวัดประเมิน คปสอ. ตามแนวทางการประเมิน ปี 2561 โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ดังนี้ 1. การจัดการข้อมูล เฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ 2. การสอบสวนการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่ 3. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา โดยการประชุมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกัน 4. มีแผนงาน/โครงการในปีที่ดำเนินการ 5. การขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือระดับหน่วยงานในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI Team ตำบล) 6. การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 7. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน 8. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน 9. การสื่อสารความเสี่ยง (รณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ป้องกันการบาดเจ็บทางถนน) 10. มีรายงานสรุปผลการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561
ระดับจังหวัด	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI $\geq$ ร้อยละ 70 (ระดับดีขึ้นไป)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40				
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50				
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60				
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70				
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80				
ระดับ คปสอ.	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน					
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่ได้					
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คะแนนความสำเร็จการประเมิน DHS-RTI ของอำเภอ ร้อยละ 30				
	2	คะแนนความสำเร็จการประเมิน DHS-RTI ของอำเภอ ร้อยละ 40				
	3	คะแนนความสำเร็จการประเมิน DHS-RTI ของอำเภอ ร้อยละ 50				
	4	คะแนนความสำเร็จการประเมิน DHS-RTI ของอำเภอ ร้อยละ 60				
	5	คะแนนความสำเร็จการประเมิน DHS-RTI ของอำเภอ ร้อยละ 70				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง DHS-RTI		ร้อยละ	NA	NA	75.56
	ผลการประเมินตามแนวทาง DHS-RTI ปีงบประมาณ 2560					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ (%)	
	1	หนองคาย	100	70	70	
	2	ท่าบ่อ	100	70	70	
	3	โพนพิสัย	100	70	70	
	4	ศรีเชียงใหม่	100	90	90	
	5	สังคม	100	75	75	
6	สระใคร	100	85	85		
7	เผ้าไร่	100	75	75		
8	รัตนวาปี	100	70	70		
9	โพธิ์ตาก	100	75	75		
	รวม	100	75.56	75.56		
เอกสารอ้างอิง	1. แผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือแผนปฏิบัติการ คปสอ.					
	2. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน หรือรายงานการประชุม					
	3. เกณฑ์การประเมิน DHS-RTI ของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com			
	2. นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com			
	3. นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail :teangma59@gmail.com			
	งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สสจ.หนองคาย		โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026			

ตัวชี้วัดที่ 8/7/-	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 8/7/-	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาล โดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย												
เป้าหมาย	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20												
วิธีการประเมิน	ทีมจังหวัดประเมินโรงพยาบาลทุกแห่ง ดังนี้ - ประเมินร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PA ภาครัฐ - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของ รพ. สังกัด สอ.ในระบบรายงาน PA ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ - ประเมินความสำเร็จการพัฒนการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 8</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 11</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 14</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 17</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 20</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 8	2	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 11	3	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 14	4	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 17	5	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 20
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 8												
2	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 11												
3	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 14												
4	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 17												
5	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ 20												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			หน่วยวัด	2558	2559
				2560	
	ร้อยละของการเข้าใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน		ร้อยละ	33.81	12.81
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.59 – ส.ค.60)				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	1,687	562	33.31
	2	ท่าบ่อ	238	131	55.04
	3	โพนพิสัย	6,225	495	7.95
	4	ศรีเชียงใหม่	83	70	84.34
	5	สังคม	42	14	33.33
	6	สระใคร	46	33	71.74
	7	เผ้าไร่	1,271	126	9.91
	8	รัตนวาปี	71	139	*195.77
	9	โพธิ์ตาก	82	16	19.51
	10	พิสัยเวหา	46	37	80.43
		รวม	9,791	1,623	16.58
เอกสารอ้างอิง	- โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) หรือระบบโปรแกรม PAภาครัฐรายงานการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ของ สพฉ.				
ผู้รับผิดชอบ	1. นายมนตรี ดิษฐร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com		
	2. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com		
	3. นางพัชรินทร์ กันทอง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		โทรศัพท์. : 086-2204817 e-mail : teangma59@gmail.com		
	งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026		

ตัวชี้วัดที่ 9/8/-	1. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น 2. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่น และสมัครเข้าร่วมโครงการ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง”
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 9/8/-	1. ตลาด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 1 ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดท้องถิ่น 2. สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดท้องถิ่น 3. ได้รับการอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้ง จากเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามข้อกำหนดของท้องถิ่น 4. ได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น หมายถึง ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่นของแต่ละพื้นที่ ซึ่งตรวจรับรองโดยคณะทำงานตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับอำเภอ 5. เกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น หมายถึง เกณฑ์ที่ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 หมวดที่ 8 ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร 6. ได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” หมายถึง ได้มาตรฐานตามเกณฑ์บูรณาการภาคีเครือข่าย (“ตลาดต้องลอง”และ“ร้านอาหารต้องลอง”) ในระดับดีหรือดีเด่น ซึ่งตรวจรับรองโดยคณะทำงานตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับจังหวัด 7. เกณฑ์ “ตลาดต้องลอง” หมายถึง เกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร จังหวัดหนองคาย 8. เกณฑ์ “ร้านอาหารต้องลอง” หมายถึง เกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร จังหวัดหนองคาย 9. คณะทำงานตรวจรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับอำเภอ หมายถึง คณะทำงานตามคำสั่งจังหวัดหนองคายตามผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายแต่งตั้ง 10. คณะกรรมการพัฒนาตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร จังหวัดหนองคาย หมายถึง คณะกรรมการตามคำสั่งจังหวัดหนองคายตามผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายแต่งตั้ง 11. ตลาดต้องลอง หมายถึง ตลาดประเภทที่ 1 ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น สมัครเข้าร่วมโครงการ “ตลาดต้องลอง” 12. ร้านอาหารต้องลอง หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น สมัครเข้าร่วมโครงการ “ร้านอาหารต้องลอง”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับการอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2. ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง”
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด 1. ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ได้รับการตรวจ 2. ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่สมัครเข้าร่วมโครงการ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ระดับ คปสอ. รอบที่ 1 ตลาด/สถานที่จำหน่ายอาหาร ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐาน รอบที่ 2 ตลาด/สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น
วิธีการประเมิน	การตรวจประเมิน/สำรวจข้อมูล

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561	
ระดับจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A : ตลาดที่ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง”	
รายการข้อมูล 2	B : ตลาดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100	
รายการข้อมูล 3	C : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ “ร้านอาหารต้องลอง”	
รายการข้อมูล 4	D : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ	
สูตรคำนวณ	(C/D) x 100	
รายการข้อมูล 5	E : ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐาน (A+C)	
รายการข้อมูล 6	F : ตลาดทั้งหมด และสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ (B+D)	
สูตรคำนวณ	(E/F) x 100 = (A+C)/(B+D) x 100	
รายการข้อมูล 7	G : ตลาดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน “ตลาดต้องลอง”	
รายการข้อมูล 8	H : ตลาดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ	
สูตรคำนวณ	(G/H)X100	
รายการข้อมูล 9	I : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ “ร้านอาหารต้องลอง”	
รายการข้อมูล 10	J : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ	
สูตรคำนวณ	(I/J)X100	
รายการข้อมูล 11	K : ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” (G+I)	
รายการข้อมูล 12	L : ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานข้อกำหนดท้องถิ่นและสมัครเข้าร่วมโครงการ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” (B+D)	
สูตรคำนวณ	(K/L) x 100 = (G+I)/(H+J)x100	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 60
	2	มีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 70
	3	มีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 80
	4	มีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 90
	5	มีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 100
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 2
	2	ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 4
	3	ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 6
	4	ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 8
	5	ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ร้อยละ 10
ระดับคปสอ.		
รายการข้อมูล 1	A : ตลาดที่ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น	
รายการข้อมูล 2	B : ตลาดทั้งหมดที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
สูตรคำนวณ	(A/B)X100	

รายการข้อมูล 3	C : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น																																	
รายการข้อมูล 4	D : สถานที่จำหน่ายอาหารทั้งหมดที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น																																	
สูตรคำนวณ	(C/D)X100																																	
รายการข้อมูล 5	E : ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น (A+C)																																	
รายการข้อมูล 6	F : ตลาดทั้งหมด และสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (B+D)																																	
สูตรคำนวณ	(E/F)x100 = (A+C)/(B+D)x100																																	
รายการข้อมูล 7	G : ตลาดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น																																	
รายการข้อมูล 8	H : ตลาดที่ได้รับการตรวจทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	(G/H)X100																																	
รายการข้อมูล 9	I : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น																																	
รายการข้อมูล 10	J : สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการตรวจทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	(I/J)X100																																	
รายการข้อมูล 11	K : ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น (G+I)																																	
รายการข้อมูล 12	L : ตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้การตรวจทั้งหมด (B+D)																																	
สูตรคำนวณ	(K/L)x100 = (G+I)/(H+J)x100																																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับคปสอ.	รอบที่ 1 (ต.ค.60 – ก.พ.61) <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>2</td><td>มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 85</td></tr><tr><td>3</td><td>มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>4</td><td>มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 95</td></tr><tr><td>5</td><td>มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 100</td></tr></table> รอบที่ 2 (มี.ค. – ก.ค.61) <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 10</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 15</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 20</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 25</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 30</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 80	2	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 85	3	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 90	4	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 95	5	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 100	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 10	2	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 15	3	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 20	4	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 25	5	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 30									
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																	
1	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 80																																	
2	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 85																																	
3	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 90																																	
4	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 95																																	
5	มีฐานข้อมูลและมีการตรวจรับรองตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 100																																	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																	
1	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 10																																	
2	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 15																																	
3	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 20																																	
4	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 25																																	
5	มีการดำเนินงานตามรอบที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น ร้อยละ 30																																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>1. ร้อยละตลาดและ สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการตรวจ (ตลาด 14 แห่ง สถานที่จำหน่ายอาหาร 138 แห่ง)</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>100</td></tr><tr><td>2. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการตรวจรับรองและผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>3. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่สมัครเข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน "ต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง"</td><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>- ตลาดต้องลอง (2 แห่ง)</td><td></td><td>-</td><td>-</td><td>14.28</td></tr><tr><td>- ร้านอาหารต้องลอง (5 แห่ง)</td><td></td><td>-</td><td>-</td><td>3.62</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	1. ร้อยละตลาดและ สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการตรวจ (ตลาด 14 แห่ง สถานที่จำหน่ายอาหาร 138 แห่ง)	ร้อยละ	-	-	100	2. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการตรวจรับรองและผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น	ร้อยละ	-	-	-	3. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่สมัครเข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน "ต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง"	ร้อยละ				- ตลาดต้องลอง (2 แห่ง)		-	-	14.28	- ร้านอาหารต้องลอง (5 แห่ง)		-	-	3.62
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																														
		2558	2559	2560																														
1. ร้อยละตลาดและ สถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการตรวจ (ตลาด 14 แห่ง สถานที่จำหน่ายอาหาร 138 แห่ง)	ร้อยละ	-	-	100																														
2. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการตรวจรับรองและผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดท้องถิ่น	ร้อยละ	-	-	-																														
3. ร้อยละตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่สมัครเข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน "ต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง"	ร้อยละ																																	
- ตลาดต้องลอง (2 แห่ง)		-	-	14.28																														
- ร้านอาหารต้องลอง (5 แห่ง)		-	-	3.62																														

ลำดับ	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560				ร้อยละ
		จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตจาก อปท.		จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง”		
		ตลาด	สถานที่จำหน่ายอาหาร	ตลาด	สถานที่จำหน่ายอาหาร	
1	เมือง	5	4	2	4	66.67
2	ท่าบ่อ	6	58	0	1	1.72
3	โพนพิสัย	1	30	0	0	0
4	ศรีเชียงใหม่	1	33	0	0	0
5	สังคม	0	7	0	0	0
6	สระใคร	0	0	0	0	0
7	เผ่าไร่	0	0	0	0	0
8	รัตนวาปี	1	0	0	0	0
9	โพธิ์ตาก	0	6	0	0	0
รวม		14	138	2	5	4.6

รายชื่อตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ปี 2560

1. ตลาดต้องลอง จำนวน 2 แห่ง

1.1 ตลาดปะโค เทศบาลตำบลปะโค อ.เมือง

1.2 ตลาดแจ้งสว่าง (เอกชน) อบต.หนองกอมเกาะ อ.เมือง

2. ร้านอาหารต้องลอง

2.1 ร้านอาหารครัวแม่แปด อบต.เมืองหมี่ อ.เมือง

2.2 ร้านอาหารสวนภัสสร อบต.เมืองหมี่ อ.เมือง

2.3 ร้านอาหารครัวสวนปาล์ม เทศบาลต.โพธิ์ชัย อ.เมือง

2.4 ร้านอาหารเวียงจันทน์ เทศบาลต.เวียงคุก อ.เมือง

2.5 ร้านอาหารแลโขง เทศบาลต.โพนสา อ.ท่าบ่อ

ผู้รับผิดชอบ	1. นางศรีอำพร จันทรแสง นวก.สร.ชำนาญการพิเศษ	โทร. 084-389-1411
	2. นายไชยวุฒิ ชัยขมภู นวก.สร.ชำนาญการ	โทร. 087-425-6625
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 103

ตัวชี้วัดที่ 10/9/-	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ความปลอดภัย
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 10/9/-	1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ 2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผักและผลไม้สดต้องพบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณไม่เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 3. ผักและผลไม้สด หมายถึง ผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิด และการแสดงฉลาก ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มเก็บตัวอย่าง ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด หรือสถานที่จำหน่ายเป้าหมาย แล้วแต่กรณี 4. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์ 5. สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สดได้รับพัฒนา หมายถึง สถานที่ผลิตตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต หรือการเก็บรักษาผักและผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก ได้รับการพัฒนาตามคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด 6. สถานที่ผลิตเป้าหมาย หมายถึง สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกำหนดให้เป็นสถานที่ที่จะดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดตามขอบข่ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาผักหรือผลไม้สดบางชนิดและการแสดงฉลาก 7. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว ได้แก่ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (คือ ผลิตภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ.2524 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ฉบับที่ 135 พ.ศ.2534 ฉบับที่ 256 พ.ศ.2545 ฉบับที่ 284 พ.ศ.2547 และฉบับที่ 316 พ.ศ.2553) 8. อาหารแปรรูปที่ปลอดภัย หมายถึง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด 9. แนวทางที่กำหนด หมายถึง แนวทางตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในประเทศ ประกอบด้วย 1. ผักและผลไม้สด ณ สถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) เป้าหมาย 2. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ปลอดภัย ประกอบด้วย 1. ผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 95 2. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 3. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 100 ของผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ปลอดภัย ประกอบด้วย 1. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 2. ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทาง ที่กำหนด ร้อยละ 100

วิธีการประเมิน	รายงาน																																	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561																																	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																																	
ระดับจังหวัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย																																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนของผักและผลไม้สดที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด																																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนของผักและผลไม้สดที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช = $(A/B) \times 100$																																	
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด																																	
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$																																	
รายการข้อมูล 5	E : จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานที่ได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด																																	
รายการข้อมูล 6	F : จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(E/F) \times 100$																																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th colspan="5">ระดับคะแนน</th></tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช = $(A/B) \times 100$</td><td>91</td><td>92</td><td>93</td><td>94</td><td>95</td></tr> <tr> <td>ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>100</td></tr> <tr> <td>ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(E/F) \times 100$</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>					ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช = $(A/B) \times 100$	91	92	93	94	95	ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$	96	97	98	99	100	ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(E/F) \times 100$	96	97	98	99	100
ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน																																	
	1	2	3	4	5																													
ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช = $(A/B) \times 100$	91	92	93	94	95																													
ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$	96	97	98	99	100																													
ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(E/F) \times 100$	96	97	98	99	100																													
ระดับ คปสอ.	ร้อยละ 100 ของผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย																																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด																																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ส่งตรวจและได้รับผลวิเคราะห์ทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(A/B) \times 100$																																	
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานที่ได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด																																	
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(C/D) \times 100$																																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th colspan="5">ระดับคะแนน</th></tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>100</td></tr> <tr> <td>ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(E/F) \times 100$</td><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>					ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$	96	97	98	99	100	ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(E/F) \times 100$	96	97	98	99	100						
ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน																																	
	1	2	3	4	5																													
ร้อยละน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด = $(C/D) \times 100$	96	97	98	99	100																													
ร้อยละผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้รับการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด = $(E/F) \times 100$	96	97	98	99	100																													

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560						
	อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2558-2560				
			ผักและผลไม้สด* ณ สถานที่ผลิต			น้ำบริโภคฯ	
			2558	2559	2560	2558	2559
เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	84.62 (22/26)	96.15 (25/26)	90.32 (28/31)
ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	100 (19/19)	100.00 (19/19)	100.00 (21/21)
โพนพิสัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	76.92 (10/13)	92.86 (13/14)	100.00 (18/18)
ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	100 (7/7)	100.00 (7/7)	100.00 (7/7)
สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	66.67 (2/3)	100.00 (4/4)	100.00 (4/4)
สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	100 (2/2)	100.00 (3/3)	100.00 (3/3)
เผ่าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	57.14 (4/7)	87.50 (7/8)	100.00 (10/10)
รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	75.00 (6/8)	87.50 (7/8)	100.00 (10/10)
โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	100 (2/2)	100.00 (2/2)	100.00 (1/1)
รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	-	-	-	85.06 (74/87)	95.60 (87/91)	97.14 (102/105)
หมายเหตุ : -*ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ - จำนวนสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ในจังหวัดหนองคาย มี 2 แห่ง (ข้อมูล ณ สิ้นเดือนกันยายน 2560)							
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปให้มีความปลอดภัย 2. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่าย/ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมาย 3. บันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (แบบ ตส.3(50)) 4. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร 5. แบบรายงานตัวชี้วัด: ร้อยละของผักและผลไม้สดมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 6. แบบฟอร์มรายงานผลการตรวจสอบที่ผลิตและผลวิเคราะห์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 7. รายงานสรุปผลการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร 8. ภาพกิจกรรม						
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง				โทร. 08 1871 3114		
	นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์				โทร. 09 1059 8264		
	งานความปลอดภัยด้านอาหาร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ				โทร. 0 4241 3354 ต่อ 129		

ตัวชี้วัดที่ 11/10/5	ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง																					
หน่วยวัด	ร้อยละ																					
น้ำหนัก	ร้อยละ																					
คำอธิบาย 11/10/5	หน่วยบริการ สุ่มสำรวจพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (ใช้แบบสอบถามของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย (ใช้แบบสอบถามของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย) โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครนำไปสอบถามประชาชนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร ยามาเน่ และสรุปผลเป็นภาพรวมราย คปสอ. ผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหาร หมายถึง พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรค ในแนวทางการรณรงค์ตามแผนงานและโครงการแต่ละปี ด้วยแบบสำรวจด้านพฤติกรรมกับกลุ่มเป้าหมายตามจำนวนที่กำหนด ทำการวิเคราะห์และสรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ ประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง หมายถึง ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ตอบแบบสอบถามทั้งสองด้านได้ถูกต้อง ร้อยละ 70 ขึ้นไป (14ข้อใน20ข้อ)																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 11 - 60 ปี																					
เป้าหมาย	ร้อยละ 80																					
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนประชาชนที่มีการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ตอบถูกร้อยละ 70 ขึ้นไป) A2 : จำนวนประชาชนที่มีการบริโภคอาหารปลอดภัย (ตอบถูกร้อยละ 70 ขึ้นไป)																					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มสำรวจทั้งหมด																					
สูตรคำนวณ	(A1/B) x 100 (A2/B) x 100																					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>2</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>3</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 85</td></tr><tr><td>5</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 90</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 70	2	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 75	3	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 80	4	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 85	5	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 90						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																					
1	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 70																					
2	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 75																					
3	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 80																					
4	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 85																					
5	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ร้อยละ 90																					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>2</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>3</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 85</td></tr><tr><td>5</td><td>ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 90</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 70	2	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 75	3	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 80	4	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 85	5	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 90						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																					
1	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 70																					
2	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 75																					
3	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 80																					
4	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 85																					
5	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง ร้อยละ 90																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>1. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง</td><td>ร้อยละ 80</td><td></td><td></td><td>88.55</td></tr><tr><td>2. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง</td><td>ร้อยละ 80</td><td></td><td>92.14</td><td>90.70</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	1. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ร้อยละ 80			88.55	2. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	ร้อยละ 80		92.14	90.70
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																				
		2558	2559	2560																		
1. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ร้อยละ 80			88.55																		
2. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง	ร้อยละ 80		92.14	90.70																		

สรุปผลการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยถูกต้อง จังหวัดหนองคาย ปี 2560					
อำเภอ	จำนวนประชากร ที่สำรวจทั้งหมด	มีพฤติกรรมบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ถูกต้อง	คิดเป็น ร้อยละ	มีพฤติกรรม บริโภคอาหาร ปลอดภัยถูกต้อง	คิดเป็น ร้อยละ
เมืองหนองคาย	806	704	87.34	716	88.83
ท่าบ่อ	3,854	3,392	88.01	3,485	90.43
โพนพิสัย	416	405	97.36	403	96.88
ศรีเชียงใหม่	420	373	88.81	418	99.52
สังคม	432	391	90.51	395	91.44
สระใคร	397	354	89.17	362	91.18
เผ้าไร่	395	365	92.41	340	86.08
รัตนวาปี	394	348	88.32	344	87.31
โพธิ์ตาก	385	319	82.86	331	85.97
พิสัยเวหา	304	290	95.39	283	93.09
รวม	7,803	6,941	88.95	7,077	90.70
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การจัดสำรวจพฤติกรรมกรรมประชาชนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย 2. แผนการสุ่มสำรวจ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การประมวลผล 3. แบบสำรวจ .แบบสรุปผล ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 129		
	นางณัฐกาญจน์ รียะบุตร		โทร. 08 8560 2854		

การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัย

ตารางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

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

หมายเหตุ นำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านอาหารปลอดภัย ด้านละ 20 ข้อ ไปสอบถามประชาชนอายุ 11-60 ปี (ขนาดกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยเท่าๆกันในแต่ละอำเภอ) โดยถาม **ไม่ซ้ำคนเดิม** ในแต่ละรอบประเมิน

ตัวชี้วัดที่ 12/11/6	จังหวัด/คปสอ. : อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง ลดลง รพ.สต. : พื้นที่ไม่มีเกิดเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรือโรคอุจจาระร่วง																							
หน่วยวัด	ร้อยละ																							
น้ำหนัก	ร้อยละ																							
คำอธิบาย 12/11/6	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 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือเลือดปนอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมง (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546) 3. จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตามข้อ 1 และรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 4. จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามข้อ 2 และรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 5. อัตราป่วย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ ในจำนวนประชากร 100,000 คน ในช่วงเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคนั้นๆ} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}}$																							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ																							
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / คปสอ. 1. อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 50 2. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงจาก ปี 2557 ร้อยละ 20 ระดับ รพ.สต. ไม่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง																							
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน CUP																							
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2561 เปรียบเทียบกับ มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2561 เปรียบเทียบกับ มกราคม-กรกฎาคม 2557																							
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยโรคนั้นๆ																							
รายการข้อมูล 2	B : อัตราป่วยโรคนั้นๆ ปี 2557																							
สูตรคำนวณ	ร้อยละของอัตราป่วยของโรค ลดลงจากปี 2557 = $(B-A) \times 100 / B$																							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th><th colspan="5">ระดับคะแนน</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง</td><td>42</td><td>44</td><td>46</td><td>48</td><td>50</td></tr><tr><td>ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง</td><td>12</td><td>14</td><td>16</td><td>18</td><td>20</td></tr></table>	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน					1	2	3	4	5	ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง	42	44	46	48	50	ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง	12	14	16	18	20
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน																							
	1	2	3	4	5																			
ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง	42	44	46	48	50																			
ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง	12	14	16	18	20																			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน ≥ 2 เหตุการณ์</td></tr><tr><td>3</td><td>มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 1 เหตุการณ์</td></tr><tr><td>5</td><td>ไม่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน ≥ 2 เหตุการณ์	3	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 1 เหตุการณ์	5	ไม่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง															
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																							
1	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน ≥ 2 เหตุการณ์																							
3	มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง จำนวน 1 เหตุการณ์																							
5	ไม่มีเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ หรืออุจจาระร่วง																							

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี		
			2558	2559	2560
	อัตราป่วย โรคอาหารเป็นพิษ	ต่อแสนปชก.	391.27	231.18	153.93
	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ		-61.04	-65.5
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง	ต่อแสนปชก.	1,721.18	1468.78	745.82
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ		-30.93	-52.5
ข้อมูลแยกรายอำเภอ ปี 2560 ตามเอกสารแนบท้าย					
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลรายงาน 506, คู่มือนิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546				
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702		
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136		

อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และ โรคอาหารเป็นพิษ แยกรายอำเภอ จ.หนองคาย

พ.ศ. 2557 - 2560

อำเภอ	โรคอุจจาระร่วง					โรคอาหารเป็นพิษ				
	อัตราป่วยต่อ ปชก. แสนคน				เป้าหมาย	อัตราป่วยต่อ ปชก. แสนคน				เป้าหมาย
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	
เมือง	2,416.8	2,285.3	2,033.1	934.8	1,933.4	357.6	258.2	279.6	140.8	178.8
ท่าบ่อ	2,757.0	2,186.6	1,382.7	604.1	2,205.6	152.8	197.4	85.4	15.6	76.4
ศรีเชียงใหม่	2,029.0	1,889.6	2,113.2	476.5	1,623.2	343.6	405.1	152.3	38.9	171.8
สังคม	1,846.3	1,496.2	2,220.4	1,512.1	1,477.1	314.4	119.4	91.5	103.5	157.2
โพนพิสัย	1,706.5	1,413.3	1,020.6	637.1	1,365.2	1,293.5	1,041.9	342.9	237.4	646.8
สระใคร	2,801.3	2,568.2	1,996.6	913.7	2,241.0	30.1	67.7	154.2	94.0	15.0
เฝ้าไร่	1,848.1	558.5	598.8	477.9	1,478.5	999.8	251.4	140.1	71.0	499.9
รัตนวาปี	1,399.3	435.5	541.2	566.9	1,119.4	1,517.8	376.2	378.8	564.3	758.9
โพธิ์ตาก	2,034.2	1,082.3	1,160.5	723.7	1,627.3	49.0	20.6	113.4	156.5	24.5
จ.หนองคาย	2,161.6	1,710.9	1,468.8	745.8	1,729.3	626.5	391.3	231.2	153.9	313.2

ข้อมูล ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2560

ที่มา : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ 13/-/-	จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด																	
หน่วยวัด	จำนวนเป้าหมาย																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย 13/-/-	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จังหวัดมีการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพ ตามกรอบการดำเนินงานของกฎอนามัยระหว่างประเทศ 2548 (International Health Regulation 2005 : IHR 2005) และวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda : GHSA) ใน 3 ด้าน 12 เป้าหมายตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ เป้าหมายที่ 1 การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยา (Infectious disease) เป้าหมายที่ 2 การป้องกันการเกิดและการแพร่ระบาดของโรคจากสัตว์สู่คน (Zoonosis) เป้าหมายที่ 3 ความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety) เป้าหมายที่ 4 ความปลอดภัยด้านสารเคมี (Chemical) เป้าหมายที่ 5 กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ (Radiological and nuclear) เป้าหมายที่ 6 การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital infection control) เป้าหมายที่ 7 การพัฒนาห้องปฏิบัติการ เครือข่ายห้องปฏิบัติการ และการจัดส่ง specimens เป้าหมายที่ 8 ช่องทางเข้าออกประเทศ (Point of entry) เป้าหมายที่ 9 การเฝ้าระวัง (Situation Awareness Team) เป้าหมายที่ 10 ทีมสอบสวนควบคุมโรค (SRRT) เป้าหมายที่ 11 การรับมือภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) เป้าหมายที่ 12 การพัฒนานักระบาดวิทยาภาคสนาม โดยมีคะแนนรวมที่ได้ตามแบบประเมินในแต่ละเป้าหมายร้อยละ 70 ขึ้นไป																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับจังหวัด																	
เป้าหมาย	งาน 10 เป้าหมายหลัก IHR																	
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง รอบที่ 2 : ประเมินโดยหน่วยงานภายนอก (กรม/กองที่เกี่ยวข้อง, สคร.8 อุดรธานี)																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : เดือนมีนาคม 2561 รอบที่ 2 : เดือนสิงหาคม 2561																	
ระดับจังหวัด																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศที่ผ่านเกณฑ์																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศทั้งหมด																	
สูตรคำนวณ	-																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 6 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>2</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 7 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>3</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 8 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>4</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 9 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>5</td><td>เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 10 เป้าหมายขึ้นไป</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 6 เป้าหมาย	2	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 7 เป้าหมาย	3	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 8 เป้าหมาย	4	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 9 เป้าหมาย	5	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 10 เป้าหมายขึ้นไป	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 6 เป้าหมาย																	
2	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 7 เป้าหมาย																	
3	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 8 เป้าหมาย																	
4	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 9 เป้าหมาย																	
5	เป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด 10 เป้าหมายขึ้นไป																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด (ประเมินตนเอง)</td><td>จำนวน</td><td>-</td><td>2 (เป้า 8 และ 12)</td><td>8 (ประเมินทุกเป้าหมาย ยกเว้น 1,2,5,7)</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด (ประเมินตนเอง)	จำนวน	-	2 (เป้า 8 และ 12)	8 (ประเมินทุกเป้าหมาย ยกเว้น 1,2,5,7)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2558	2559	2560														
จำนวนเป้าหมายการพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด (ประเมินตนเอง)	จำนวน	-	2 (เป้า 8 และ 12)	8 (ประเมินทุกเป้าหมาย ยกเว้น 1,2,5,7)														

เอกสารอ้างอิง	1) เป้าหมายและกิจกรรมเพื่อการเร่งรัดพัฒนาสู่มาตรฐาน IHR 2005 ของจังหวัด (จัดทำโดยสำนักระบาดวิทยา) ดาวน์โหลดได้ที่ http://oic.ddc.moph.go.th สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค) 2) เอกสารสำเนาแบบประเมินการดำเนินงานตามแนวทางเป้าหมายและกิจกรรมตามวาระความมั่นคงของสุขภาพโลก (โดย..สำนักระบาดวิทยา เดือนกุมภาพันธ์ 2559)																																																		
ผู้รับผิดชอบ	<table border="1"> <tr> <td>เป้าหมาย 1</td><td>นายทภณ เตียวศิริชัยสกุล</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 081 975 6115</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 2</td><td>นายสุรัชย์ กิจติกาล</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 089 943 0909</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 3</td><td>นายสิริชัย ขำสมบัติ</td><td>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค</td><td>โทร 081 964 3779</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 4</td><td>นายธวัชชัย เหลืองศิริ</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 081 369 2360</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 5</td><td>นางธวัชชัย เหลืองศิริ</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 081 369 2360</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 6</td><td>นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร</td><td>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ</td><td>โทร 089 710 0931</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 7</td><td>นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร</td><td>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ</td><td>โทร 089 710 0931</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 8</td><td>นายอาสาฬหะ พิมพ์บึง</td><td>ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ</td><td>โทร 096 295 1610</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 9</td><td>นางศิริพร มาผิว</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 095 663 8838</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 10</td><td>นางศิริพร มาผิว</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 095 663 8838</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 11</td><td>นายสุรัชย์ กิจติกาล</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 089 943 0909</td></tr> <tr> <td>เป้าหมาย 12</td><td>นางศิริพร มาผิว</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรค</td><td>โทร 095 663 8838</td></tr> </table>			เป้าหมาย 1	นายทภณ เตียวศิริชัยสกุล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 975 6115	เป้าหมาย 2	นายสุรัชย์ กิจติกาล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 089 943 0909	เป้าหมาย 3	นายสิริชัย ขำสมบัติ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค	โทร 081 964 3779	เป้าหมาย 4	นายธวัชชัย เหลืองศิริ	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 369 2360	เป้าหมาย 5	นางธวัชชัย เหลืองศิริ	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 369 2360	เป้าหมาย 6	นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	โทร 089 710 0931	เป้าหมาย 7	นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	โทร 089 710 0931	เป้าหมาย 8	นายอาสาฬหะ พิมพ์บึง	ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ	โทร 096 295 1610	เป้าหมาย 9	นางศิริพร มาผิว	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 095 663 8838	เป้าหมาย 10	นางศิริพร มาผิว	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 095 663 8838	เป้าหมาย 11	นายสุรัชย์ กิจติกาล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 089 943 0909	เป้าหมาย 12	นางศิริพร มาผิว	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 095 663 8838
เป้าหมาย 1	นายทภณ เตียวศิริชัยสกุล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 975 6115																																																
เป้าหมาย 2	นายสุรัชย์ กิจติกาล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 089 943 0909																																																
เป้าหมาย 3	นายสิริชัย ขำสมบัติ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค	โทร 081 964 3779																																																
เป้าหมาย 4	นายธวัชชัย เหลืองศิริ	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 369 2360																																																
เป้าหมาย 5	นางธวัชชัย เหลืองศิริ	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 081 369 2360																																																
เป้าหมาย 6	นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	โทร 089 710 0931																																																
เป้าหมาย 7	นางสาวกริรมย์ธีรา โคตรจักร	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	โทร 089 710 0931																																																
เป้าหมาย 8	นายอาสาฬหะ พิมพ์บึง	ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ	โทร 096 295 1610																																																
เป้าหมาย 9	นางศิริพร มาผิว	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 095 663 8838																																																
เป้าหมาย 10	นางศิริพร มาผิว	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 095 663 8838																																																
เป้าหมาย 11	นายสุรัชย์ กิจติกาล	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 089 943 0909																																																
เป้าหมาย 12	นางศิริพร มาผิว	กลุ่มงานควบคุมโรค	โทร 095 663 8838																																																
ผู้ประสานงาน	นายธวัชชัย เหลืองศิริ		โทร 081 369 2360																																																
	นายทภณ เตียวศิริชัยสกุล		โทร 081 975 6115																																																
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 42 421438 ต่อ 136																																																

ตัวชี้วัดที่ 14/12/7	จังหวัด/คปสอ. : ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ระดับพื้นฐาน รพ.สต. : ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ของกรมควบคุมโรค
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด จำนวนอำเภอ ระดับอำเภอ, ตำบล ร้อยละตัวชี้วัดย่อย
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 14/12/7	ทีม SRRT อำเภอ หมายถึง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของอำเภอ ในรูป คปสอ. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 หมายถึง อำเภอในพื้นที่ชายแดนมีการดำเนินงานตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งสามารถตรวจจับได้อย่างทันทั่วทั้ง (6 ตัวชี้วัด) ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2 ตัวชี้วัด) ด้านสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันทั่วทั้ง (11 ตัวชี้วัด) และด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ (2 ตัวชี้วัด) โดยเป็นตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 32 ตัว ระดับดี 36 ตัว ทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล หมายถึง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของหน่วยบริการ ที่ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา อสม. อบต. และกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร “การเฝ้าระวังเหตุการณ์” เกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล ของกรมควบคุมโรค หมายถึง รพ.สต. มีการดำเนินงานตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นทีม (2 ตัวชี้วัด) ด้านความพร้อม (1 ตัวชี้วัด) ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน (3 ตัวชี้วัด) และด้านผลงาน (5 ตัวชี้วัด) รวม 11 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 21 ตัว ระดับดี 17 ตัว ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน คือ ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัดย่อย ผ่านเกณฑ์ระดับดี คือ ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐานและระดับดีทุกตัวชี้วัดย่อย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม SRRT ระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ รวม 9 ทีม ทีม SRRT ระดับตำบล 1 ทีม/หน่วยบริการ รวม 84 ทีม (รวมพิสัยเวช)
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ระดับพื้นฐาน 9 อำเภอ ระดับดี 2 อำเภอ ระดับ คปสอ. : ตัวชี้วัด ระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 100) ระดับ รพ.สต. : ตัวชี้วัด ระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 100)
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัด/คปสอ. รอบที่ 1 : (มาตรฐาน) รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสจ.ร่วมกับ สคร.8 อุดรธานี ระดับตำบล รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง, สสอ.ตรวจสอบ รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสอ., สสจ.สุ่มประเมิน 2 แห่ง
ระยะเวลาประเมินผล	ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน = มกราคม 2561 - มิถุนายน 2561 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = กรกฎาคม 2560 - มิถุนายน 2561 ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี = มกราคม 2559 - มิถุนายน 2561

ระดับจังหวัด	จำนวนทีม SRRT ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน IHR 2005					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ทีม SRRT ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน IHR 2005 ระดับพื้นฐาน					
	B : จำนวนอำเภอที่ทีม SRRT ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน IHR 2005 ระดับดี					
รายการข้อมูล 2	C : จำนวนอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	ระดับพื้นฐาน (A/C) × 100 ระดับดี (B/C) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 7 อำเภอ				
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 8 อำเภอ				
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 9 อำเภอ				
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 9 อำเภอและระดับดี 1 อำเภอ				
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ระดับพื้นฐาน 9 อำเภอและระดับดี 2 อำเภอ				
ระดับ คปสอ.	ร้อยละจำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT _IHR 2005					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT _IHR 2005					
รายการข้อมูล 2	C : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมดที่ประเมิน					
สูตรคำนวณ	ระดับพื้นฐาน (A/C) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 60				
	2	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 70				
	3	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 80				
	4	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 90				
	5	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100				
ระดับ รพ.สต.	ร้อยละจำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT เครือข่ายตำบล					
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT เครือข่ายระดับตำบล					
รายการข้อมูล 2	B : ผลรวมตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมดที่ประเมินมาตรฐาน SRRT เครือข่ายระดับตำบล					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานSRRT ร้อยละ 60				
	2	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานSRRT ร้อยละ 70				
	3	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานSRRT ร้อยละ 80				
	4	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานSRRT ร้อยละ 90				
	5	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานSRRT ร้อยละ 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR 2005)		จำนวน	พื้นฐาน 3 ดี 3	พื้นฐาน 6 ดี 0	พื้นฐาน 6 ดี 0
	ทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานของกรมควบคุมโรค		ร้อยละ	19.51 (16 ใน 82)	94.44 (17 ใน 18)	100 (18 ใน 18)
	(ปี 2559-2560 สุ่มประเมินอำเภอละ 2 ทีม)					

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560				
	ลำดับ	คปสอ.	ร้อยละ (100%)		ผ่านมาตรฐานระดับ
			ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	
	1	หนองคาย	100	91.67	พื้นฐาน
	2	ท่าบ่อ	100	77.78	พื้นฐาน
	3	โพนพิสัย	100	86.11	พื้นฐาน
	4	ศรีเชียงใหม่	100	75.00	พื้นฐาน
	5	สังคม	100	72.22	พื้นฐาน
	6	สระใคร	84.38	52.78	ไม่ผ่าน
	7	เผ่าไร่	93.75	72.22	ไม่ผ่าน
	8	รัตนวาปี	100	77.78	พื้นฐาน
	9	โพธิ์ตาก	93.75	69.44	ไม่ผ่าน
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารแบบเก็บข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ สำหรับโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปี 2555 3. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล ปี 2555				
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มาผิว			โทร. 095 663 8838	
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			โทร. 042 421438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 15/13/-	อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ												
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด จำนวนอำเภอ ระดับอำเภอ ร้อยละผลรวมคะแนน												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 15/13/-	อำเภอ หมายถึง คปสอ. ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง อำเภอมีผลการประเมินระบบสุขภาพ UCCARE ตั้งแต่ชั้น 3 ขึ้นไป และมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DCCD) 2 คุณลักษณะ ได้แก่ คุณลักษณะที่ 1 มีระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ และคุณลักษณะที่ 2 มีผลสำเร็จของการควบคุมโรคที่สำคัญ ตามนโยบายและโรค/ภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ รวม 5 โรคดังนี้ <u>โรคนโยบาย 3 โรค</u> 1. ไข้เลือดออก 2. วัณโรค 3. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) <u>โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่</u> เลือก 2 โรค จาก 18 โรคและภัยที่มีความสำคัญ 1) โรคไข้หวัดใหญ่ 2) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หรือ โรคอาหารเป็นพิษ 3) โรคมือเท้าปาก 4) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน 5) อุบัติเหตุทางถนน 6) โรคจากการประกอบอาชีพ 7) โรคมาลาเรีย 8) โรคเท้าช้าง 9) โรคเอดส์ 10) โรคหนองพยาธิ 11) โรคพิษสุนัขบ้า 12) โรคเลปโตสไปโรซิส 13) โรคเรื้อน 14) การป้องกันเด็กจมน้ำ 15) โรคอหิวาตกโรค 16) การควบคุมการบริโภคยาสูบ 17) การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 18) โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อม												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ. ทุกแห่ง												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 6 อำเภอ ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับดี)												
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง , สสจ.ตรวจสอบ รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสจ. , สคร.8 อุดรธานี												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2560 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = มกราคม 2560 – ธันวาคม 2560 รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน = มกราคม 2561 – มิถุนายน 2561 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = กรกฎาคม 2560 – มิถุนายน 2561												
ระดับจังหวัด	จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)												
รายการข้อมูล 1	A : อำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอรดับดี												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด												
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>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 2 อำเภอ (22.22%)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 3 อำเภอ (33.33%)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 4 อำเภอ (44.44%)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 5 อำเภอ (55.56%)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 6 อำเภอ (66.67%)</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 2 อำเภอ (22.22%)	2	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 3 อำเภอ (33.33%)	3	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 4 อำเภอ (44.44%)	4	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 5 อำเภอ (55.56%)	5	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 6 อำเภอ (66.67%)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 2 อำเภอ (22.22%)												
2	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 3 อำเภอ (33.33%)												
3	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 4 อำเภอ (44.44%)												
4	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 5 อำเภอ (55.56%)												
5	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี 6 อำเภอ (66.67%)												
ระดับ คปสอ.	ร้อยละ 80 ผลรวมคะแนนอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ												

รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน					
รายการข้อมูล 2	B : ผลรวมคะแนนทั้งหมดตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 40				
	2	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 50				
	3	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 60				
	4	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 70				
	5	คะแนนที่ได้ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 80 ขึ้นไป				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560	
	จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดี (ระดับผลคะแนนรวมที่ร้อยละ 80)		จำนวน	2 (22.22)	4 (44.44)	5 (55.56)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	ลำดับ	คปสอ.	ระบบระบาด (40 คะแนน)	ผลสำเร็จควบคุมโรค (60 คะแนน)	ผลคะแนนรวม (100 คะแนน)	ผลประเมิน
	1	หนองคาย	34	50	84	ผ่าน
	2	ท่าบ่อ	33	54	87	ผ่าน
	3	โพนพิสัย	33	59	92	ผ่าน
	4	ศรีเชียงใหม่	31	45	76	ไม่ผ่าน
	5	สังคม	33.5	53.5	87	ผ่าน
	6	สระใคร	30.5	45	75.5	ไม่ผ่าน
	7	เผ่าไร่	30.5	40	70.5	ไม่ผ่าน
	8	รัตนวาปี	34	53	87	ผ่าน
	9	โพธิ์ตาก	30.5	45	75.5	ไม่ผ่าน
เอกสารอ้างอิง	หนังสือ “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ” ของสำนักจัดการความรู้ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค เดือนกุมภาพันธ์ 2559					
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล		โทร. 081 975 6115			
	นางศิริพร มาผิว		โทร. 095 663 8838			
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 042 421438 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 16/-/-	มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
หน่วยวัด	ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 16/-/-	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉินในที่นั้นนอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้วยังหมายรวมถึงระบบงาน 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	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูล ตุลาคม-กุมภาพันธ์ 2560
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูล มีนาคม-กรกฎาคม 2560
รายการข้อมูล 1	A : -
รายการข้อมูล 2	B : -
สูตรคำนวณ	-

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร					
	2	มีทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข					
	3	มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบและประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์อย่างน้อย 3 คน และภาวะฉุกเฉิน 5 คน)					
	4	มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด					
	5	มีการซ้อมแผนหรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
					2558	2559	2560
	จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง			ร้อยละ	-	1	1
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 2561 - รายชื่อการจัดเวร SAT ภาวะฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2561 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	1.นายธวัชชัย เหลืองศิริ			โทร. 081-3692360			
	2.นายสุรัชย์ กิจติกาล			โทร 089-9430909			
	กลุ่มงานควบคุมโรค			โทร. โทร 0-4241-3354 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 17/14/-	อัตราการสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 17/14/-	1.ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 2.1 ใหม่เสมหะพบเชื้อ (New M+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear พบเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง 2.2 ใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (New M-) หมายถึง 2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด 2.2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ผล Culture พบเชื้อวัณโรค หรือวิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M.tuberculosis ได้ 2.3 ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ(New Smear not done) หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มีอาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้ หรือไม่มีการตรวจเสมหะ หรือในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้ 3. การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.1 สัมผัสโรคร่วมบ้านทุกคน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ 3.2 ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 80 3.3 พระภิกษุ อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 2. ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก 3. ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเบาหวาน 4. พระภิกษุ อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป
เป้าหมาย	ร้อยละ 85
วิธีการประเมิน	รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม TBCM online)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงาน (เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2560) รอบที่ 2 : ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงาน (เดือนกรกฎาคม 2560-มีนาคม 2561)
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 81				
	2	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 82				
	3	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 83				
	4	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 84				
	5	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 85				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ		ร้อยละ	75.83	73.59	78.44
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	194	144	74.23	
	2	ท่าบ่อ	96	78	81.29	
	3	โพนพิสัย	60	48	80.00	
	4	ศรีเชียงใหม่	29	24	82.76	
	5	สังคม	17	15	88.24	
	6	สระใคร	13	13	100.00	
	7	เฝ้าไร่	34	28	82.35	
	8	รัตนวาปี	29	21	72.00	
	9	โพธิ์ตาก	0	0	0	
	10	พิสัยเวหา	15	11	73.33	
		รวม	487	382	78.44	
เอกสารอ้างอิง	ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค โปรแกรม TBCM online					
ผู้รับผิดชอบ	1.นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 08-1975-6115		
	2.นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 08-6630-9111		
	กลุ่มงานควบคุมโรค			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 18/15/8	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 18/15/8	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 70												
วิธีการประเมิน	1. รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบ รายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม TBCM online) 2. การสุ่มติดตามการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. 2.1 สุ่มจากผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาวัณโรค ไม่เกิน 2 เดือน จำนวนอย่างน้อย 2 ราย 2.2 ผู้ป่วยมีเจ้าหน้าที่ หรืออสม. กำกับดูแลการกินยาต่อหน้าทุกวัน 2.3 มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยและมีการบันทึกการกำกับการกินยา เป็นปัจจุบัน 2.4 มีการจัดยาให้ผู้ป่วยแบบซองละ 1 วัน และนับ/ตรวจสอบยาที่เหลือ 2.5 สอบถาม/ทดสอบ สปีสภาวะผู้ป่วย												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561												
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.												
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน												
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด 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 50</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 55</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 70</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 50	2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 55	3	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 60	4	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 65	5	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 70
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 50												
2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 55												
3	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 60												
4	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 65												
5	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 70												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				
	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2558	2559	2560	
	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.	ร้อยละ	25.63	17.30	9.46
ผลการดำเนินงาน ปี 2560					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	63	0	0
	2	ท่าบ่อ	53	11	18.86
	3	โพนพิสัย	45	1	2.22
	4	ศรีเชียงใหม่	15	0	0
	5	สังคม	16	0	0
	6	สระใคร	10	0	0
	7	เผ่าไร่	18	0	0
	8	รัตนวาปี	14	11	78.57
	9	โพธิ์ตาก	1	0	0
	10	พิสัยเวหา	8	0	0
		รวม	243	23	9.46
เอกสารอ้างอิง	ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค โปรแกรม TBCM online				
ผู้รับผิดชอบ	1. นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	2. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 086-630-9111	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 19/16/-	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ใน Generation ที่ 2
หน่วยวัด	คปสอ.มีการดำเนินงานตามขั้นตอนเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ หรือควบคุมโรคไม่ให้เกิดระบาดใน Generation ที่ 2
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 19/16/-	โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease; EID) หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ เชื้อก่อโรคที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ ที่สำคัญ ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS), โรคไข้หวัดนก, โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า, โรคติดเชื้อไวรัสซิกา, โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เป็นต้น โรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่มีการระบาดในระลอกที่ 2 (Generation 2) หมายถึง กรณีโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สามารถควบคุมไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 การประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค โดยจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนแนวทางการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง จากสถิติการเกิดโรคที่ผ่านมาระบาดติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความเสี่ยงในประเทศไทยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ 1. โรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 (2009) โรคสลิเจียนเนอร์ โรคไข้วัดช้อยงลาย โรคบรูเซลโรซิส โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นต้น 2. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจแพร่มาจากต่างประเทศ เช่น โรคไข้เหลือง ลิซมาเนีย โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โรคไข้เวสต์ไนล์ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และโรคติดเชื้อที่ใช้เป็นอาวุธชีวภาพ เช่น โรคแอนแทรกซ์, โรคไข้ทรพิษ, โรคกาฬโรค เป็นต้น 3. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น โรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนก และโรคที่เกิดจากเชื้อดื้อยาชนิดใหม่ เป็นต้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน
วิธีการประเมิน	คปสอ. มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือไม่มีการระบาดในระลอก (Generation) ที่ 2 โดยต้องประกอบด้วย 1. มีฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ของพื้นที่ 2. จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในระดับอำเภอหรือมีรายงานผลการประชุมการบัญชาการเหตุการณ์ (ICs) 3. มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ 4. มีโครงการและดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือความสนใจของพื้นที่ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง 5. มีผลงานการสำรวจประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ 6. รายงานการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูล ตุลาคม-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ข้อมูล มีนาคม-กรกฎาคม 2561

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ไม่ให้เกิดและ/หรือมีการระบาดในระลอกที่ 2							
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด							
สูตรคำนวณ	(A/B)×100							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือควบคุมโรคไม่ให้เกิดระบาดใน Generation ที่ 2 จำนวน 5 อำเภอ						
	2	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือควบคุมโรคไม่ให้เกิดระบาดใน Generation ที่ 2 จำนวน 6 อำเภอ						
	3	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือควบคุมโรคไม่ให้เกิดระบาดใน Generation ที่ 2 จำนวน 7 อำเภอ						
	4	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือควบคุมโรคไม่ให้เกิดระบาดใน Generation ที่ 2 จำนวน 8 อำเภอ						
	5	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือควบคุมโรคไม่ให้เกิดระบาดใน Generation ที่ 2 จำนวน 9 อำเภอ						
	- กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ ควบคุมไม่ให้เกิด (โรคเมอร์ส โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่าและโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ) - กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกาควบคุมไม่ให้เกิด Generation ที่ 2							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	มีฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง วิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่ และการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่						
	2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่/มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)						
	3	มีโครงการและดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือความสนใจ						
	4	มีผลงานการสำรวจประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่						
	5	รายงานการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2						
	รายละเอียดคำอธิบายแนบท้าย							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
						2558	2559	2560
	ร้อยละอำเภอสามารถดำเนินการตามขั้นตอนและควบคุมการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่ให้ระบาดใน Generation ที่ 2				ร้อยละ	100	100	100
	รายงานการป่วยด้วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) จังหวัดหนองคาย ปี 2558-2560							
	ลำดับ	อำเภอ	จำนวนตำบล (ทั้งหมด)	จำนวนตำบลที่มีรายงานการเกิดโรค EID			หมายเหตุ	
				2558	2559	2560		
	1	เมืองหนองคาย	16	-	-	-		
	2	ท่าบ่อ	10	-	-	-		
	3	โพนพิสัย	11	-	1	1	ปี 59 (ต.นาหนัง) ปี 60 (ต.สร้างนางขาว)	
	4	เผ่าไร่	5	-	-	-		
	5	รัตนวาปี	5	-	-	2	ต.นาทับไฮ,ต.พระบาทนาสิงห์	
	6	ศรีเชียงใหม่	4	-	-	-		
	7	สังคม	5	-	-	-		
	8	สระใคร	3	-	-	-		
	9	โพธิ์ตาก	3	-	-	-		
	รวม		62	0	1	3		
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูล 506 แผนผังการประสาน/ระบบเฝ้าระวัง รายงานการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และทะเบียนการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ 2. คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่/รายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนัก							

	รู้สถานการณ์ (SAT) หรือใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านหลักสูตรโครงการพัฒนาศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) 3. โครงการและรายงานผลการดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือความสนใจของพื้นที่ 4. รายงานผลการสำรวจประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ 5. มีรายงานการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดใน Generation ที่ 2	
ผู้รับผิดชอบ	1. นายธวัชชัย เหลืองศิริ	โทร. 081-3692360
	2. นายสุรัชย์ กิจติกาล	โทร 089-9430909
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร 0-4241-3354

การดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่” จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561
เป้าหมาย : ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือไม่มีการระบาดของโรค ใน Generation ที่ 2
โดยกำหนดขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงานดังนี้

ระดับคะแนน	ประเด็นการประเมิน	วัตถุประสงค์	เอกสารอ้างอิง/แนวทางปฏิบัติ
1	มีฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวังวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่	คปสอ. มีฐานข้อมูลและรายงานสถานการณ์โรคเพื่อเตรียมความพร้อม ในการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ได้	1) ผังการประสานเครือข่าย/ระบบเฝ้าระวัง 2) รายงานการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ ปีที่ผ่านมา 3) ทะเบียนการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่ 4) ฐานข้อมูล R506 อำเภอ
2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่/มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)	การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในรูปแบบคณะกรรมการที่แบ่งภารกิจได้ชัดเจน ภายใต้ระบบบัญชาเหตุการณ์ที่เป็นระบบ	1) คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ หรือคำสั่งฯ อื่นที่กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการสั่งการควบคุมสอบสวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับอำเภอ 2) รายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) 3) ใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านหลักสูตรโครงการพัฒนาศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005)
3	จัดทำโครงการและดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือที่น่าสนใจในพื้นที่	1) สร้างโอกาสการเรียนรู้ทราบข้อบกพร่องของทีม 2) การประสานงานในหน่วยงานที่มีศักยภาพ การสื่อสารดีขึ้น 3) ทราบถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน 4) ทบทวนองค์ความรู้ ทักษะการทำงาน	1) โครงการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือความสนใจของพื้นที่ (ระดับอำเภอ) 2) รายงานผลการดำเนินการซ้อมแผน
4	รายงานผลการสำรวจประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่	1) ทราบการรับรู้ ความรู้ เจตคติ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการป้องกันโรค รวมทั้งประเด็นปัญหา และอุปสรรค เพื่อจัดทำแนวทางและแผนการดำเนินงานฯ 2) สร้างการรับรู้ ความรู้ เจตคติ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคแก่ประชาชน โดยวิธีการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ครอบคลุม	1) รายงานผลการสำรวจประชาชนในพื้นที่ พร้อมรายงานสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขเสนอผู้บริหาร
5	รายงานการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่/สามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2	วัดความสำเร็จของกิจกรรม 1-4	ข้อมูลการเกิดโรคใน R506

ผัง/รายละเอียดการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 4

มีรายงานผลการสำรวจประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่

กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/ปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม	เดือนในปีงบประมาณ												ผู้รับผิดชอบ
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
โครงการสำรวจการรับรู้ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญของประชาชนจังหวัดหนองคาย	ทุกอำเภอ	ทุกอำเภอ	ดำเนินการสำรวจการรับรู้ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญของประชาชนจังหวัดหนองคายตามข้อคำถามของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ตั้งขั้นตอนดังนี้													สสจ.หนองคาย
			1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน แก่แกนนำ & ประเมินผล													สสจ.หนองคาย
			2. แจก คปสอ. (กำหนดตำบลเป้าหมาย) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดแบบสอบถาม/วิธีการการประเมินผล													งาน EID
			3. รพ.สต.เป้าหมาย ลงพื้นที่สำรวจประชาชนด้านความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรม													รพ.สต.
			4. รพ.สต.ประมวลผลโดยโปรแกรม ?													รพ.สต./คปสอ.
			5. รพ.สต.รายงานสรุปผลการสำรวจ /ข้อเสนอแนะปัญหาประเด็นที่พบ.ต้องปรับปรุง													รพ.สต./คปสอ.
			6. คป.สอ.สรุปผล KPI (โรคติดต่ออุบัติใหม่)													คป.สอ.
			7. สสจ.สรุปผลการสำรวจ ปชช.รายงานผู้บังคับบัญชา													งาน EID
			8. สสจ.สรุปผลการประเมิน KPI (EID)													งาน EID

รายละเอียดการหาขนาดตัวอย่าง จังหวัดหนองคาย

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากรอายุ 11-60 ปี	ตำบลเป้าหมาย	ขนาดตัวอย่าง	ชาย	หญิง	18-24 ปี	25-34 ปี	35-44 ปี	45-54 ปี	55-64 ปี	มากกว่า 64 ปี
1	เมืองหนองคาย	102,899	หาดคำ	420	210	210	70	70	70	70	70	70
2	ท่าบ่อ	57,067	บ้านวุ่น	420	210	210	70	70	70	70	70	70
3	โพนพิสัย	67,460	สร้างนางขาว	420	210	210	70	70	70	70	70	70
4	ศรีเชียงใหม่	20,791	พานพร้าว	408	204	204	68	68	68	68	68	68
5	สังคม	16,906	ผาตั้ง	408	204	204	68	68	68	68	68	68
6	สระใคร	18,801	บ้านฝาง	408	204	204	68	68	68	68	68	68
7	เฝ้าไร่	35,938	วังหลวง	420	204	204	68	68	68	68	68	68
8	รัตนวาปี	26,285	บ้านด่อน	420	210	210	70	70	70	70	70	70
9	โพธิ์ตาก	10,487	สาวแล	408	204	204	68	68	68	68	68	68
10	พิสัยเวหา	13,009	จุมพล	408	204	204	68	68	68	68	68	68
	รวม	369,644		4,140								

ข้อเสนอแนะ

- ขนาดตัวอย่าง จะใช้จำนวนเป็นตัวเลขเต็ม และมากกว่าจำนวนที่คำนวณได้นิดหน่อย เพื่อ missing/ ข้อมูลไม่ครบ/ แบ่งชาย-หญิงได้เท่ากัน เช่น 398 คน เป็น 420 คน
- การกำหนดช่วงอายุกลุ่มตัวอย่าง และแต่ละกลุ่มให้จำนวนเท่าๆ กัน เช่น 18-24 ปี, 25-34 ปี, 35-44 ปี, 45-54 ปี, 55-64 ปี, 65 ปีขึ้นไป
- โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญและใช้สำรวจ ในจังหวัดหนองคาย คือ โรคไข้หวัดนก และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

หมายเหตุ : แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นประชาชน เรื่อง รู้จักและเข้าใจโรคไข้หวัดนก และแบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นประชาชน เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสซิกา
ติดตามได้ที่ ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 19/16/-

ตัวชี้วัดที่ 20/17/-	ร้อยละ 87 ของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 20/17/-	กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิง(FSW) และชาย (MSW) บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันโดย โดยกลุ่มประชากรเป้าหมาย 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. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวม บริการในข้อ 2 ให้หมายถึงเฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ1) ข้อ3) และข้อ 4) เท่านั้น ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม
เป้าหมาย	ร้อยละ 87
วิธีการประเมิน	จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ ระบบ RIHIS –RTCM online
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : รายงานผลการดำเนินงาน (เดือนตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561) ร้อยละ 45 รอบที่ 2 : รายงานผลการดำเนินงาน (เดือนตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561) ร้อยละ 87
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในอำเภอ หมายถึง ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึง บริการป้องกันเชิงรุกของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคน ที่เข้าถึงบริการป้องกัน เชิงรุก ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/MSM +สาวประเภทสอง /TG + กลุ่มพนักงานบริการ/SW ทั้งหญิงและชาย)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณในพื้นที่ <u>หมายเหตุ</u> : จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลักให้รวมจำนวนคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่มที่มาในการคำนวณการคาดประมาณประชากรแต่ละกลุ่ม - กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) คาดประมาณจากฐานประชากรชายอายุ 15-59 ปี ดังนี้ 3% ของประชากรชายอายุ 15-59 ปี เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), สาวประเภทสอง (TG) และ 30% ของประชากรกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (แหล่งที่มาจากการศึกษาวิจัย จากการสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มทหารเกณฑ์, กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) - กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิง(FSW) และชาย (MSW) คาดประมาณจากค่า K = Under Report => $1.8 \times$ ค่าเฉลี่ยข้อมูลการสำรวจแหล่งบริการ 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2555-2559)
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับคปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก		ร้อยละ 25	ร้อยละ 47		
	2	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก		ร้อยละ 30	ร้อยละ 57		
	3	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก		ร้อยละ 35	ร้อยละ 67		
	4	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก		ร้อยละ 40	ร้อยละ 77		
	5	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก		ร้อยละ 45	ร้อยละ 87		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
					2558	2559	2560
	กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก			ร้อยละ	-	-	22.75
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	1	หนองคาย	240	-	-		
	2	ท่าบ่อ	170	86	50.59		
	3	โพนพิสัย	220	96	43.64		
	4	ศรีเชียงใหม่	120	-	-		
	5	สังคม	50	-	-		
	6	สระใคร	0	-	-		
	7	เผ่าไร่	0	-	-		
	8	รัตนวาปี	0	-	-		
	9	โพธิ์ตาก	0	-	-		
		รวม	800	182	22.75		
เอกสารอ้างอิง	จากระบบข้อมูล RIHIS-RTCM ที่หน่วยบริการบันทึก และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบรายงานข้อมูล RIHIS-RTCM Online						
รายละเอียดงบประมาณ	ปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาล 5 แห่ง และภาคประชาสังคม ได้รับงบประมาณจาก สปสช. ในการดำเนินบริการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มประชากรหลัก ดังนี้ 1. โรงพยาบาลหนองคาย 2. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ 3. โรงพยาบาลโพนพิสัย 4. โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ 5. โรงพยาบาลสังคม 6. บ้านศูนย์สิทธิ หนองคาย (ภาคประชาสังคม) การรายงานจะบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน RTCM Online ซึ่งการจัดกิจกรรมจะบูรณาการร่วมกันกับสถานพยาบาล/คปสอ. แต่กระบวนการตรวจและบันทึกข้อมูลการรักษาเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลบันทึกข้อมูลในระบบรายงานข้อมูล RIHIS Online						
ผู้รับผิดชอบ	1. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 086-630-9111			
	2.นางสาวนิศาชล เสนาคำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ			โทรศัพท์มือถือ 087-490-5423			
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 21/-/-	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ/ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 21/-/-	1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษขึ้นรวม 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ตาก กาญจนบุรี สระแก้ว ตราด หนองคาย นครพนม มุกดาหาร สงขลา และนราธิวาส (เป้าหมายในปี 2560-2561 ตามเอกสารแนบท้าย) 2. การให้บริการอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการโดยบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพทั้งแรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบประกันสังคมได้รับการจัดการบริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีสุขภาพอนามัยดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การประเมินความเสี่ยง การสำรวจความเสี่ยงการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 3. การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสีได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/สิ่งคุกคาม ด้านมลพิษ สิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีประเด็นเพิ่มเติมจากเกณฑ์การให้บริการอาชีวอนามัย และเกณฑ์การจัดการบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมทั่วไป คือ เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในสถานประกอบการที่ตั้งขึ้นใหม่ในเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอุบัติเหตุ สารเคมีอันตราย และสารกัมมันตรังสี 4. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในคู่มือ การตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ในระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ. 2 แห่ง ได้แก่ รพ.หนองคาย/รพ.สระใคร รพ.สต. 14 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.เวียงคุก/โพธิ์ชัย/โพนสว่าง/คำบกหวาน/บ้านนาฮี/เดื่อ/มีชัย/ พระธาตุบังพวน/ สีกาย/หนองกอมเกาะ/หาดคำ/บ้านท่าจาน/หินโงม/สระใคร
เป้าหมาย	ร้อยละ 50 การผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการให้บริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 ประเมินตนเองตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมิน รอบที่ 2 ประเมินตามเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินโดยคณะกรรมการจากจังหวัด สำนักงานควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานีและสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : มีนาคม 2561 – สิงหาคม 2561

ระดับจังหวัด																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (รพท./รพช./รพ.สต.) ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ																	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
	1	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 10																
	2	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 20																
	3	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 30																
	4	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 40																
	5	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 50																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด - รพ.หนองคาย - รพ.สระใคร - รพ.สต.สระใคร</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>รอผล</td></tr> </tbody> </table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2558	2559	2560	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด - รพ.หนองคาย - รพ.สระใคร - รพ.สต.สระใคร	ร้อยละ	-	-	รอผล
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ																
		2558	2559	2560														
ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ สาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด - รพ.หนองคาย - รพ.สระใคร - รพ.สต.สระใคร	ร้อยละ	-	-	รอผล														
เอกสารอ้างอิง	1. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ 2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”																	
ผู้รับผิดชอบ	นายไชยวุฒิ ชัยชมภู		โทร. 087-4256625															
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 103															

ตัวชี้วัดที่ 22/18/9	ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด - จำนวนชุมชน / หมู่บ้านทั้งหมด ที่มีค่า HI ≤ 10 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92 - จำนวนโรงเรียน, วัด, ศพด. ทั้งหมด ที่มีค่า CI = 0 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 - จำนวน รพ.ของรัฐทั้งหมด ที่มีค่า CI = 0 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100															
หน่วยวัด	ร้อยละ															
น้ำหนัก	ร้อยละ															
คำอธิบาย 22/18/9	เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน ได้ดำเนินการลดศักยภาพการแพร่กระจายโรคไข้เลือดออก โดยการลดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ค่า HI หมายถึง ร้อยละหลังคาเรือน / ชุมชน / หมู่บ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ค่า CI หมายถึง ร้อยละภาชนะที่มีน้ำขังที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย รพ.ของรัฐ หมายถึง รพท., รพช., รพสต.															
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 CUP															
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2561															
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2561															
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./รพสต. E1 : จำนวน รพท./รพช./รพสต. ที่มีค่า CI = 0 F1 : จำนวน รพท./รพช./รพสต. ที่สำรวจทั้งหมด	ค่า CI ใน รพ.สต. E2 : จำนวนภาชนะที่มีน้ำขังที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย F2 : จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด														
สูตรคำนวณ	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน = (A/B) × 100 ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด. = (C/D) × 100 ค่า CI ใน รพท./รพช. = (E1/F1) × 100	ค่า CI รพ.สต. = (E2/F2) × 100														
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th colspan="2">ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน</th></tr><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 84</td></tr><tr><td>2</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 86</td></tr><tr><td>3</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 88</td></tr><tr><td>4</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>5</td><td>หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ≥ ร้อยละ 92</td></tr></table>		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 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 ใน รพท./รพช.																											
	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.สต.																											
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																										
	0	รพ.สต. มีค่า CI > 0																										
	5	รพ.รัฐ มีค่า CI = 0																										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>ค่า HI (บ้าน)</td><td>ร้อยละ</td><td>92.38</td><td>93.62</td><td>95.68</td></tr><tr><td>ค่า CI (ร.ร.,วัด.,ศพด.)</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>ค่า CI (รพท.,รพช.,รพสต.)</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ค่า HI (บ้าน)	ร้อยละ	92.38	93.62	95.68	ค่า CI (ร.ร.,วัด.,ศพด.)	ร้อยละ	100	100	100	ค่า CI (รพท.,รพช.,รพสต.)	ร้อยละ	100	100	100
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2557	2558	2559																								
ค่า HI (บ้าน)	ร้อยละ	92.38	93.62	95.68																								
ค่า CI (ร.ร.,วัด.,ศพด.)	ร้อยละ	100	100	100																								
ค่า CI (รพท.,รพช.,รพสต.)	ร้อยละ	100	100	100																								
เอกสารอ้างอิง	1. แผนปฏิบัติงานสำรวจความชุกชุมลูกน้ำยุงลายระดับ/อำเภอ/ตำบล พร้อมคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบ 2. รายงานผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ 2.1 สรุปผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต./PCU ทุกสัปดาห์ (รพ.สต. / PCU ส่งผลการสำรวจให้ สสอ. ทุกเดือน) 2.2 แผนปฏิบัติงาน , หนังสือขออนุมัติแผน , ผลการสุ่มสำรวจ ของ สสอ. / CUP ในการนิเทศและสุ่มสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในเขตรับผิดชอบ (ทุกเดือน) 2.3 สรุปผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายของอำเภอ (มีการส่งให้สสจ. หนองคาย ทุกเดือน) 3. รายงานการประชุม CUP เดือนเมษายน – กันยายน 2561 ที่มีรายละเอียดเนื้อหาการประชุมเรื่องไข้เลือดออก 4. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ																											
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702																									
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136																									

ตัวชี้วัดที่ 23/19/-	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																											
คำอธิบาย 23/19/-	- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีปัจจุบัน ลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 จากอัตราป่วยของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ของจังหวัด/อำเภอ																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ																											
เป้าหมาย	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ระดับคะแนนที่ 1, 2 ไม่เกินค่ามัธยฐานปี 2556-2560 ของ จังหวัด / อำเภอ																											
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																											
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2561 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2561 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม																											
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2561 B : จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ปี 2561 C : จำนวนประชากรของจังหวัด/อำเภอ ทั้งหมด																											
รายการข้อมูล 2	D : อัตราป่วยลดลง E : อัตราป่วยค่ามัธยฐานปี 2556-2560 A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2561																											
สูตรคำนวณ	A = (B/C) $\times$ 100,000 D = (E-A)/E $\times$ 100																											
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด	2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด	3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0	4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10	5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20											
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																											
1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด																											
2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10 และต้องไม่เกินค่ามัธยฐานของจังหวัด																											
3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0																											
4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10																											
5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 20																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง</td><td>ร้อยละ</td><td>+ 10.4</td><td>- 21.8</td><td>-46.52</td></tr><tr><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก</td><td>ต่อ ปชก.แสนคน</td><td>111.55</td><td>35.22</td><td>23.64</td></tr><tr><td>ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง</td><td>ต่อ ปชก.แสนคน</td><td>46.40</td><td>45.04</td><td>48.04</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	+ 10.4	- 21.8	-46.52	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ต่อ ปชก.แสนคน	111.55	35.22	23.64	ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ต่อ ปชก.แสนคน	46.40	45.04	48.04
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2558	2559	2560																								
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	+ 10.4	- 21.8	-46.52																								
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ต่อ ปชก.แสนคน	111.55	35.22	23.64																								
ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ต่อ ปชก.แสนคน	46.40	45.04	48.04																								

เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอ 2. ทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. ใบส่งตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล		
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136	

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายอำเภอ จังหวัดหนองคาย ปี 2556 - 2560

ลำดับ	อำเภอ	DF + DHF + DSS พ.ศ.					Med. 56-60	ประชากร	อัตราป่วย Med.	ปี 61 (ลด 20%) ผู้ป่วยไม่เกิน	
		2556	2557	2558	2559	2560				ราย	อัตรา
1	เมือง	425	52	342	34	23	52	149,868	34.7	41.6	27.76
2	ท่าบ่อ	94	1	79	49	27	37	83,098	43.92	29.2	35.14
3	ศรีเชียงใหม่	43	3	19	2	3	5	30,853	16.21	4	12.96
4	สังคม	88	2	5	9	4	5	25,131	19.90	4	15.92
5	โพนพิสัย	138	110	34	31	10	28	98,566	28.41	22.4	22.73
6	สระใคร	50	14	21	17	4	9	26,595	33.84	7.2	27.07
7	เฝ้าไร่	122	57	59	28	34	44	52,108	84.4	35.2	67.55
8	รัตนวาปี	1	24	16	8	17	14	38,806	36.08	11.2	28.86
9	โพธิ์ตาก	22	1	2	4	1	1	15,338	6.52	0.8	5.22
จังหวัดหนองคาย		1,073	264	577	182	123	251	520,363	48.24	201	38.59

ตัวชี้วัดที่ 24/20/-	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย 24/20/-	1. เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2. ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS)																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ																																		
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / คปสอ. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13																																		
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																																		
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2561																																		
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2561																																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ที่ตายด้วยโรคไข้เลือดออก																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></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																																		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13</td><td>ร้อยละ</td><td>0.51</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	ร้อยละ	0.51	0	0																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2558	2559	2560																															
อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	ร้อยละ	0.51	0	0																															
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล/อำเภอ 3. ข้อมูลสถานการณ์ไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 5 ปีย้อนหลัง พร้อม mapping ผู้ป่วยไข้เลือดออก 4. หลักฐานการจัดการประชุมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามคู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ของกระทรวงสาธารณสุข (จัดโดย CUP เอง) 5. รายงานการประเมินไขว้ของทีมประเมินระดับอำเภอ เรื่อง การจัดตั้ง Dengue corner ใน รพท. , รพช. , รพสต. และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกใน รพสต. 6. หลักฐานการพัฒนาศักยภาพแพทย์จบใหม่ในการวินิจฉัยรักษาโรคไข้เลือดออก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 7. ทะเบียนการรับ / แจง / รายงานให้ทีม SRRT ออกดำเนินการสอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง																																		

	8. รายงานการสอบสวนโรครายแรกของหมู่บ้าน หรือ เหตุการณ์ ทุกราย 9. ระเบียบผู้ป่วยนอก ระเบียบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 10. บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย / การส่งต่อผู้ป่วย 11. รายงานการประชุม CUP ช่วงเดือนเมษายน - กันยายน ที่มีวาระการประชุมเกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก	
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136

ตัวชี้วัด Service Plan

ตัวชี้วัดที่ 25/21/10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ xx
คำอธิบาย 25/21/10	ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10-E14 และ Type area = 1 และ 3 หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2559 ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 mmHg. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม Chronic FU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 – I15 และ type area = 1 และ 3
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ type area = 1 และ 3 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ type area = 1 และ 3
เป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ≥ 40 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ≥ 50
วิธีการประเมินผล	3. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 4. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เบาหวาน = $(A/B) \times 100$ ความดันโลหิตสูง = $(C/D) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง		
	1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้	20	30		
	2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้	25	35		
	3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้	30	40		
	4	ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้	35	45		
	5	ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้	40	50		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้		ร้อยละ	-	8.64	20.03
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้		ร้อยละ	-	40.86	50.67
	อำเภอ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ปี 2560 (ร้อยละ)		ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ปี 2560 (ร้อยละ)		
	เมืองหนองคาย	17.0		46.2		
	ท่าบ่อ	17.9		39.8		
	โพนพิสัย	38.8		57.2		
	ศรีเชียงใหม่	9.7		56.1		
	สังคม	6.1		65.9		
	สระใคร	6.2		49.9		
	เฝ้าไร่	10.7		61.7		
	รัตนวาปี	12.6		48.5		
	โพธิ์ตาก	53.0		52.9		
เอกสารอ้างอิง	1. มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการติดตาม ดูแล รักษา 2. มีแผนกำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานและระดับความดัน- โลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3.ระบบรายงาน HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์		โทร. 08-9710-2475			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105			

ตัวชี้วัดที่ 26/22/11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 26/22/11	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ความดันโลหิตสูง (I10 – I15) อายุ 35-60 ปีที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน(E10 – E14) ความดันโลหิตสูง (I10 – I15) อายุ 35-60 ปีที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10.-E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้นรหัส E10. – E14. ร่วมกับ I60–I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (DX type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10.–I15. ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1,I13.2, I13.9 และรหัส I10–I15 ร่วมกับ I60–I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (DX type)
เป้าหมาย	เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.5
วิธีการประเมิน	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขเทียบกับค่าเป้าหมาย
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ความดันโลหิตสูง (I10 – I15) อายุ 35-60 ปีที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. – E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้นรหัส E10. – E14. ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (DX type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10. – I15. ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9 และรหัส I10 – I15 ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (DX type)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ความดันโลหิตสูง (I10 – I15) อายุ 35-60 ปีที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10. – E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้นรหัส E10. – E14. ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (DX type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10.–I15. ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9 และรหัส I10 – I15 ร่วมกับ I60 – I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (DX type)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 77.5				
	2	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 80				
	3	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 82.5				
	4	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 85				
	5	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 87.5				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)		ร้อยละ	-	43.00	85.10
	อำเภอ		ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ปี 2560			
	เมืองหนองคาย		80.3			
	ท่าบ่อ		88.7			
	โพนพิสัย		92.5			
	ศรีเชียงใหม่		87.0			
	สังคม		90.7			
	สระใคร		88.3			
	เผ่าไร่		81.6			
	รัตนวาปี		71.6			
	โพธิ์ตาก		96.5			
เอกสารอ้างอิง	1. มีข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด ที่อายุ 35-60 ปี ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยใช้แบบประเมิน Thai CV risk score (TCVRS)					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์			โทร. 08-9710-2475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 27/-/-	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย 27/-/-	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	น้อยกว่าร้อยละ 7				
วิธีการประเมิน	-รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน -โปรแกรมรายงาน 43 แฟ้ม และ HDC				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561				
ระดับจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย <11%			
	2	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย <10%			
	3	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย <9%			
	4	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย <8%			
	5	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองตาย <7%			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	ต่อแสนประชากร	27.14	29.98	23.06
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใน รพ.)	ร้อยละ	-	-	2.47
เอกสารอ้างอิง	อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ข้อมูลจากการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ในรพ.) ข้อมูลจาก รายงาน 43 แฟ้ม (HDC)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 105			

ตัวชี้วัดที่ 28/23/12	ระดับจังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 ระดับ รพ.สต. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2								
หน่วยวัด	ร้อยละ								
น้ำหนัก	ร้อยละ								
คำนิยาม 28/23/12	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> โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ Process 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Output 1. อัตราการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td><td> Output จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 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 ปกติครบกำหนดตลอดทางช่องคลอด 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./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table>	RDU1	RDU2	โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ Process 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Output 1. อัตราการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 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./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอด ปกติครบกำหนดตลอดทางช่องคลอด 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./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
RDU1	RDU2								
โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ Process 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Output 1. อัตราการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 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./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค								
RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)								
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีหลังคลอด ปกติครบกำหนดตลอดทางช่องคลอด 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./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค								

	ขั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้	
	RDU1 : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU2 : ประเมินผล (Output)
	โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ ต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค
	2. การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้	
	กิจกรรม	
	1. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อยคือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาล (2) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการAMR (3) ประธาน Patient Care Team(PTC) (4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (5) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (6) เกสซิก (7) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	
	หมายเหตุ * คณะกรรมการ AMR หมายถึง (1) คณะกรรมการ AMR ที่ รพ.ตั้งขึ้นใหม่ หรือ (2) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ	
	2. โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/ Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/ tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid	
	3. โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด ได้แก่ ได้แก่ Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa, Salmonella spp., Enterococcus faecium และ Streptococcus pneumoniae) ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
	4. โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (1)อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ 1 ครั้ง (2) รายการเชื้อก่อโรค และความไวของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด และส่งข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของตนยังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค	
5. โรงพยาบาลจัดทำ (1) antibiogram อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (2) ผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล เดือนละ 1 ครั้งและส่งข้อมูล (1) และ (2) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		
6. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.ทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป	

เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ชั้นที่ 1 ทุกแห่งและ ชั้น 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลทั้งหมด โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ชั้นที่ 2 (ระดับคะแนนที่ 5) โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ 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 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่2	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	
สูตรคำนวณ RDU	ระดับจังหวัด : $(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	รพ. RDU ชั้น 1 ร้อยละ 60
	2	รพ. RDU ชั้น 1 ร้อยละ 80
	3	รพ. RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100
	4	รพ. RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100 และ รพ. RDU ชั้น 2 ร้อยละ 10
	5	รพ. RDU ชั้น 1 ร้อยละ 100 และ รพ. RDU ชั้น 2 ร้อยละ 20
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. มีการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัด 20 ตัวชี้วัด 2. บรรลุตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่1 (ตัวชี้วัดที่ 1-5) 3. มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมสำคัญ
	2	4. บรรลุตัวชี้วัดอย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่ 2 (ตัวชี้วัดที่ 6, 7, 8, 9, 11, 14, 17)
	3	4. บรรลุตัวชี้วัดอย่างน้อย 3 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่ 2 (ตัวชี้วัดที่ 6, 7, 8, 9, 11, 14, 17)
	4	4. บรรลุตัวชี้วัดอย่างน้อย 5 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่ 2 (ตัวชี้วัดที่ 6, 7, 8, 9, 11, 14, 17)
	5	4. บรรลุตัวชี้วัด ทุกตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน (output) ระดับการพัฒนา RDU ชั้นที่ 2 (ตัวชี้วัดที่ 6, 7, 8, 9, 11, 14, 17)

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 40 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 40				
	2	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 35 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 35				
	3	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 30 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 30				
	4	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 25 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 25				
	5	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ20 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล		ร้อยละ	-	-	100
เอกสารอ้างอิง ระดับจังหวัด	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล					
เอกสารอ้างอิง ระดับ คปสอ.	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ 2. รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ 3. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วย ปฐมภูมิ 4. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 5. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 6. รายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด 7. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 8. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)					
เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต.	1. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วย ปฐมภูมิ 2. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 3. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 4. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 5. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)					
ผู้รับผิดชอบ	1. ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง 2. ภญ.ปิยะมาศ ปรีชาภูก 3. ภญ.มนสิชา บุรณะบัญญัติ			โทร. 081-8713114 โทร. 083-2906287 โทร. 091-0639982		
	งานพัฒนางานเภสัชกรรมและระบบบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข			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	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PCT ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	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	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที)	≤ ร้อยละ 80	
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5	
14	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ที่ได้รับ NSAIDs	≤ ร้อยละ 10	
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80	
16	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5	
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว(ยกเว้นในกรณีที่มี mechanical heart valve)	0	
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด 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 29/-/-	อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 29/-/-	การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง,สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ ของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษา ต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา) หมายเหตุ :: - การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) - สาขาโรคหัวใจ ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25 - สาขาโรคมะเร็ง ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด - สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98 - สาขาทารกแรกเกิด ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เทียบกับวันเกิดเพิ่ม PERSON - ทั้งผู้ป่วยนอกและใน ที่มี REFEROUTHOSP=5 หลัก												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในรพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ												
เป้าหมาย	ลดลงร้อยละ 10												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43/เพิ่ม HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561												
ระดับจังหวัด	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2560												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561												
สูตรคำนวณ	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ 12 เดือน)												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 2</td></tr> <tr> <td>2</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 4</td></tr> <tr> <td>3</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6</td></tr> <tr> <td>4</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8</td></tr> <tr> <td>5</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 2	2	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 4	3	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6	4	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8	5	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 2												
2	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 4												
3	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6												
4	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8												
5	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10												
ระดับ คปสอ.	-												
ระดับ รพ.สต.	-												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ		ลดลงร้อยละ 10	ลดลง 0.45	ลดลง 7.99	ลดลง 17.49
ข้อมูลจาก ระบบ HOSxP						
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	No.	กลุ่มโรค	2557	2558	2559	2560
	1	ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและส่วนประกอบหัวใจ	194	180	154	117
	2	ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน	19	16	16	23
	3	ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง	221	234	218	199
	4	ผู้ป่วยกลุ่มโรคเด็กทารกแรกเกิด	6	8	15	4
	รวมจำนวน		440	438	403	343
				+0.45	+7.99	+17.49
	ข้อมูลจาก ระบบ HOSxP. วันที่ประมวลผล :: 1 ตุลาคม 2560					
	เอกสารอ้างอิง					
- แฟ้ม HDC						
ผู้รับผิดชอบ	1. นส.ศิริไลซ์ ศรีวิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 086-8549730 e-mail:emsongkhai_1669@hotmail.com			
	2. นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com			
	3. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com			
	งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026			

ตัวชี้วัดที่ 30/24/-	อัตราการตายทารกแรกเกิด												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 30/24/-	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.) ได้แก่ รพท.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ/รพช.พพส./รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม ยกเว้น รพช.สระใคร/รพช.เผ่าไร่/รพช.รัตนวาปี/รพช.โพธิ์ตาก												
เป้าหมาย	<3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 :ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการตายทารกแรกเกิด												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 1,000$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน$\leq$11.4: 1000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน$\leq$9.4: 1000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน$\leq$7.4: 1000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน$\leq$5.4: 1000การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน$\leq$3.4: 1000การเกิดมีชีพ</td></tr> </tbody> </table> :ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล :1 ตุลาคม 2560	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 11.4: 1000การเกิดมีชีพ	2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 9.4: 1000การเกิดมีชีพ	3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 7.4: 1000การเกิดมีชีพ	4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 5.4: 1000การเกิดมีชีพ	5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 3.4: 1000การเกิดมีชีพ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 11.4: 1000การเกิดมีชีพ												
2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 9.4: 1000การเกิดมีชีพ												
3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 7.4: 1000การเกิดมีชีพ												
4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 5.4: 1000การเกิดมีชีพ												
5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq$ 3.4: 1000การเกิดมีชีพ												
ระดับ รพ.สต.	-												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
					2558	2559	2560
	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน			อัตรา	7.05	3.6	5.72
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตราต่อพัน		
	1	หนองคาย	1,833	21	11.46		
	2	ท่าบ่อ	913	0	0		
	3	โพนพิสัย	983	1	1.02		
	4	ศรีเชียงใหม่	35	0	0		
	5	สังคม	81	0	0		
6	สระใคร	2	0	0			
7	เฝ้าไร่	1	0	0			
8	รัตนวาปี	1	0	0			
9	โพธิ์ตาก	0	0	0			
10	พิสัยเวหา	0	0	0			
	รวม	3,849	22	5.72			
ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล :: 1 ตุลาคม 2560							
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด						
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงภูษณีย์ กนกศิลป์ นายแพทย์ปฏิบัติการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 0 42 413456-65 ต่อ 218			
	นางปริณดา ไตรยะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 081-7496251 e-mail : Parindaaso@hotmail.com โทร. 0 42 413456-65 ต่อ 218			
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. 088-5713729			
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 31/25/13	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)										
หน่วยวัด	ร้อยละ										
น้ำหนัก	ร้อยละ										
คำอธิบาย 31/25/13	การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 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="1"> <tbody> <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> </tbody> </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 2560-กุมภาพันธ์ 2560 รอบที่ 2 :ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2560										

ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)																																																																													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ที่มีคะแนนระดับดีมาก																																																																													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาล/รพ.สต.ทั้งหมดในจังหวัดหนองคาย																																																																													
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																																																																													
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 30</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 40</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 70</td></tr> </tbody> </table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 30	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 40	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 50	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 60	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 70																																																													
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	$(A/B) \times 100$																																																																													
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ. ระดับ รพ.สต.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับพอใช้ (ร้อยละคะแนน 60-69)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดี (ร้อยละคะแนน 70-79)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดีมาก (ร้อยละคะแนน 80-89)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดีเด่น (ร้อยละคะแนน 90-99)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>คะแนนรวมตามเกณฑ์ประเมิน ระดับดีเยี่ยม (ร้อยละคะแนน 100)</td></tr> </tbody> </table>					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)																																																													
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	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแล แบบประคับประคอง (Palliative Care)</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> </tbody> </table> ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>21</td><td>21</td><td>100</td></tr> <tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>11</td><td>11</td><td>100</td></tr> <tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>16</td><td>16</td><td>100</td></tr> <tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>7</td><td>7</td><td>100</td></tr> <tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>6</td><td>6</td><td>100</td></tr> <tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>4</td><td>4</td><td>100</td></tr> <tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>8</td><td>8</td><td>100</td></tr> <tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>7</td><td>7</td><td>100</td></tr> <tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>6</td><td>6</td><td>100</td></tr> <tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr> <tr> <td></td><td>รวม</td><td>86</td><td>86</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแล แบบประคับประคอง (Palliative Care)	ร้อยละ	100	100	100	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	10	พิสัยเวหา	NA	NA	NA		รวม	86	86	100
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																												
		2558	2559	2560																																																																										
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแล แบบประคับประคอง (Palliative Care)	ร้อยละ	100	100	100																																																																										
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																																																																										
10	พิสัยเวหา	NA	NA	NA																																																																										
	รวม	86	86	100																																																																										
เอกสารอ้างอิง	1. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม LTC Version2 2. ทะเบียนผู้มารับบริการของผู้ป่วย Palliative Care																																																																													
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงโมฬี นาคสาร				โทร. (มือถือ)																																																																									
	นางลำยอง เลขนอก				โทร. 089-6179089																																																																									
	โรงพยาบาลหนองคาย				โทร. 042-413456																																																																									
	นางสุนภา อัครวนานนท์				โทร. 089-6228848																																																																									
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์				โทร. 081-9778442																																																																									
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				โทร. 042-465067 ต่อ 123																																																																									

ตัวชี้วัดที่ 32/26/14	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 32/26/14	1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา/ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา/ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา/ฟื้นฟูสภาพ - การบำบัดหม้อเกลือ - การนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพด้วยการสอน สาธิต ด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน 3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย - การฝึกสมาธิบำบัด - การฝังเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย 4. บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง จำนวนครั้ง ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์มาตรฐานที่กรมกำหนด แบ่งเป็น 1) รพศ./รพท.อย่างน้อยร้อยละ 10 2) รพช.อย่างน้อยร้อยละ 20 3) รพ.สต.อย่างน้อยร้อยละ 30 7. ผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด หมายถึง จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งหมด (ทั้งแผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ - สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/ คปสอ. : สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต. : ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 30
วิธีการประเมิน	1. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. จังหวัดประเมินการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561					
ระดับ จังหวัด / คปสอ.	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนแห่งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนแห่งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด / คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80				
	2	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 85				
	3	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 90				
	4	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 95				
	5	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100				
ระดับ รพ.สต.	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 30					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 22				
	2	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 24				
	3	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 26				
	4	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 28				
	5	ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 30				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน		ร้อยละ	22.51	25.86	28.29

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560								
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน				รวม	ร้อยละ
				รพ.	ร้อยละ	สสอ.	ร้อยละ		
	1	หนองคาย	399,646	52,820	18.60	41,446	35.84	94,266	23.59
	2	ท่าบ่อ	296,746	49,047	26.08	28,994	26.67	78,041	26.30
	3	โพนพิสัย	235,067	24,121	21.83	37,969	30.48	62,090	26.41
	4	ศรีเชียงใหม่	76,581	8,339	17.34	10,293	36.14	18,632	24.33
	5	สังคม	115,831	14,909	27.03	26,535	43.73	41,444	35.78
	6	สระใคร	58,235	7,990	20.76	8,446	42.76	16,436	28.22
	7	เผ่าไร่	116,313	12,304	26.73	29,520	42.00	41,824	35.96
	8	รัตนวาปี	75,931	17,144	48.40	22,940	56.63	40,084	52.79
	9	โพธิ์ตาก	35,802	3,213	18.28	6,153	33.76	9,366	26.16
	10	พิสัยเวช	47,349	10,140	21.42	-	-	10,140	21.42
		รวม	1,457,501	200,027	22.97	212,296	36.17	412,323	28.29
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ขั้นตอนการรับบริการแพทย์แผนไทย 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 6. ภาพกิจกรรม								
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.จรัสศรี อางศิริ					โทร. 08 1544 7472			
	กลุ่มงานงานแพทย์แผนไทย					โทร. 0 4242 1438 ต่อ 109			

ตัวชี้วัดที่ 33/27/15	จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 55 รพ.สต. : ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 33/27/15	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เกล็ดบำบัด 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) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2560 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ 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	ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ. ร้อยละ 55 ระดับ รพ.สต. ร้อยละ 90												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม HOSxP / 43 แฟ้ม												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2:ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561												
ระดับจังหวัด/คปสอ.													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมมาถึงปีงบประมาณ 2561												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ <u>จำนวนประชากรกลางปีอายุ 15 ปีขึ้นไป x ค่าประมาณการ (2.7)</u> 100												
สูตรคำนวณ	สูตรการหาร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 35</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 35	2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40	3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45	4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50	5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 35												
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 40												
3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45												
4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50												
5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55												

ระดับ คปสอ./รพ.สต.				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน 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		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2558 2559 2560
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ		ร้อยละ	34.27 46.77 46.05
	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า		ร้อยละ	83.73 93.31 93.37
	ผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ปีงบประมาณ 2560			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน ร้อยละ
	1	หนองคาย	3,366	1,173 34.84
	2	ท่าบ่อ	1,894	1,564 82.57
	3	โพนพิสัย	2,162	908 41.99
	4	ศรีเชียงใหม่	692	676 97.68
ผลการดำเนินงานร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2560	5	สังคม	545	413 75.77
	6	สระใคร	583	299 51.28
	7	เผ่าไร่	1,143	67 5.86
	8	รัตนวาปี	846	120 14.18
	9	โพธิ์ตาก	339	108 31.85
		รวม	11,570	5,328 46.05
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน ร้อยละ
	1	เมืองหนองคาย	40,566	37,466 92.36
	2	ท่าบ่อ	17,984	16,587 92.23
	3	โพนพิสัย	18,384	17,596 95.71
ผลการดำเนินงานร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2560	4	ศรีเชียงใหม่	9,156	8,530 93.16
	5	สังคม	6,914	6,542 94.62
	6	สระใคร	4,865	4,586 94.27
	7	เผ่าไร่	9,550	8,782 91.96
	8	รัตนวาปี	7,288	7,026 96.41
	9	โพธิ์ตาก	3,596	3,260 90.66
	10	พิสัยเวหา	1,677	1,650 93.31
		รวม	119,980	112,025 93.37
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม JHCIS/HOSxP 2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวราวีดี โพธิ์ปักขา		โทร. (มือถือ) 091-0607182	
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด			

ตัวชี้วัดที่ 34/28/-	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร					
หน่วยวัด	อัตรา					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย 34/28/-	การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ (รหัส X60-X84) อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตายในจำนวนประชากรแสนคน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในจังหวัดหนองคายทุกคน					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ. ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/โปรแกรม 506S					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2:ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม2561					
ระดับจังหวัด						
สูตรคำนวณ	อัตราการฆ่าตัวตาย = $\frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2561} \times 100,000}{\text{ประชากรกลางปี}}$					
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				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ		อัตรา	3.84	4.80	4.41
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	ลำดับ	คปสอ.	ประชากรกลางปี	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตรา	
	1	เมืองหนองคาย	149,868	6	4.00	
	2	ท่าบ่อ	83,098	4	4.81	
	3	โพนพิสัย	98,566	2	2.02	
	4	ศรีเชียงใหม่	30,853	3	9.772	
	5	สังคม	25,131	1	3.97	
	6	สระใคร	26,595	4	15.04	
	7	เฝ้าไร่	52,108	2	3.83	
	8	รัตนวาปี	38,806	0	0	
	9	โพธิ์ตาก	15,338	1	6.51	
		รวม	520,363	23	4.41	

เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม HOSxP 2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา	โทร. (มือถือ) 091-0607182
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	

ตัวชี้วัดที่ 35/29/-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 35/29/-	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 การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป 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	ไม่เกินร้อยละ 30
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ Cockpit - HDC
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 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 Z51.5)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 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) ไม่เกินร้อยละ 50				
	2	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) ไม่เกินร้อยละ 45				
	3	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) ไม่เกินร้อยละ 40				
	4	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) ไม่เกินร้อยละ 35				
	5	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) ไม่เกินร้อยละ 30				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (ไม่เกินร้อยละ 30)		ร้อยละ	13.68	12.82	
		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560				
		ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
		1	หนองคาย	978	324	33.13
		2	ท่าบ่อ	713	192	26.93
		3	โพนพิสัย	575	60	10.43
		4	ศรีเชียงใหม่	44	4	9.09
		5	สังคม	70	16	22.86
		6	สระใคร	80	9	11.25
		7	เผ้าไร่	57	15	26.32
		8	รัตนวาปี	65	12	18.46
		9	โพธิ์ตาก	42	3	7.14
		10	พิสัยเวท	0	0	0
			รวม	2,624	635	24.20
		ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล :: 1 ตุลาคม 2560				
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน 2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง 3. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
ผู้รับผิดชอบ	นางกัญญณัฏฐ์ พรหมเชจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย รพ.หนองคาย			โทร. : 086-6400531 e-mail : say12909@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 640-641		

ตัวชี้วัดที่ 36/30/-	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 36.1/30.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 362/30.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 36/30/-	ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลืนตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย กลืนตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากกลืนตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ 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 S72.000-019 2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch S72.20, 21 กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น 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 ด้วยรหัส 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 สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์

	ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ 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 รพร.ท่าบ่อ								
เป้าหมาย	1. จำนวน รพ.ระดับ S, M2 ที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 10 ของจังหวัด 1.1 Refracture < ร้อยละ 30 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ ร้อยละ 50 ขึ้นไป								
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43/แฟ้ม HDC/จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561								
ระดับจังหวัด	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 หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล (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.มีทีม 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.มีทีม 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.มีทีม Capture the fracture								
3	รพ.มีทีม Capture the fracture 1 แห่ง								
5	รพ.มีทีม Capture the fracture 2 แห่ง								

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	2. เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	Refracture ≤ ร้อยละ 50			
	2	Refracture ≤ ร้อยละ 45			
	3	Refracture ≤ ร้อยละ 40			
	4	Refracture ≤ ร้อยละ 35			
	5	Refracture ≤ ร้อยละ 30			
	เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	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			
ระดับ คปสอ.		-			
ระดับ รพ.สต.	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	1. โรงพยาบาล S/M ที่มีทีม Capture the fracture	ร้อยละ	NA	NA	NA
	2. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	<ร้อยละ 30	8.77	7.96	8.75
	3. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	>ร้อยละ 50	17.55	15.35	16.61
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	หนองคาย	ทีม Capture the fracture	1	0	0
		- Refracture	1,234	108	8.75
		- Early surgery	1,234	205	16.61
เอกสารอ้างอิง	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture				
ผู้รับผิดชอบ	นายแพทย์กฤษฏา ศรีกุลวงศ์ นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 089-1795273 E-mail :kritsada_s@hotmail.com โทร. 0 42413456-65 ต่อ 223			
	นางสิวิณีย์ หนุ่มขุนทด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 086-8519857 E-mail : Kaisiwi@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 413			

ตัวชี้วัดที่ 37/31/-	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 37/31/-	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) รพ.ในระดับ F3 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาดเตียง 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีเตียงผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยใน เต็มรูปแบบ Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับจังหวัด : จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F3 ทุกแห่ง ระดับคปสอ. : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ทั้งหมด												
เป้าหมาย	จังหวัด : ร้อยละ 100 คปสอ. : ร้อยละ 70												
วิธีการประเมิน	1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบ การให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน 2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยา ละลายลิ่มเลือด โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยา ระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชน 3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) แก่ผู้ป่วยได้จริง และมีข้อมูลร้อยละ ของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI (ในปีพ.ศ. 2561 $\geq$ ร้อยละ 50) 4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อม ส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561												
ระดับจังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลในระดับ F3 ทุกแห่ง												
รายการข้อมูล 1	A : รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI												
รายการข้อมูล 2	B : รพ.ระดับ F3 ทั้งหมด												
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>รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 60	2	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 70	3	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 80	4	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 90	5	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 60												
2	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 70												
3	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 80												
4	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 90												
5	รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 100												

ระดับ คปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด				
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ได้รับการการรักษา โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด				
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับคปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 50			
	2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 55			
	3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 60			
	4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 65			
	5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 70			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้			ร้อยละ	2558 2559 2560
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560				
	ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	23	15	65.22
	2	ท่าบ่อ	17	10	58.82
	3	โพนพิสัย	13	11	84.62
	4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100
	5	สังคม	3	3	100
	6	สระใคร	2	1	50.00
	7	เผ่าไร่	4	3	75.00
	8	รัตนวาปี	3	3	100
	9	โพธิ์ตาก	1	1	100
	10	พิสัยเวหา	3	2	66.67
		รวม	70	50	71.43
	เอกสารอ้างอิง	- รายงานข้อมูล รพ.ระดับ F3 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI - ระบบบริการและแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)			
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปกฤษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตฯ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 38/-/-	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ				
หน่วยวัด	อัตรา				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย 38/-/-	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 27 ต่อแสนประชากร				
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561				
ระดับจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < ร้อยละ 31			
	2	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < ร้อยละ 30			
	3	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < ร้อยละ 29			
	4	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < ร้อยละ 28			
	5	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ < ร้อยละ 27			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25)	อัตรา	2558	2559	2560
			16.17	18.26	12.49 (9 เดือน)
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปลูกษ์	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534			
	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	E-mail:poo_b12@hotmail.com			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตฯ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105			

ตัวชี้วัดที่ 39/32/-	ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 39/32/-	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์และ 4 สัปดาห์ นับเป็นจำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา,เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้ นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัย เช่นวันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผล นำมาซึ่งการตัดสินใจรักษามะเร็งเป็นต้น-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์และการรายงานให้แยกกลุ่มMetastatic ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วย นับเป็นสัปดาห์และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/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 (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรกไม่เกิน 6 สัปดาห์ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic

	มะเร็ง 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งที่มีอัตราการป่วยสูง 5 อันดับแรก ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก คือ 1.มะเร็งเต้านม 2. มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3.มะเร็งลำไส้ 4.มะเร็งปอด 5.มะเร็งปากมดลูก																																																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประเมิน รพ. 2 แห่ง คือ รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา																																																																		
เป้าหมาย	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$																																																																		
วิธีการประเมิน	- แบบรายงานผู้ป่วย - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC																																																																		
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 - กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 - กรกฎาคม 2561																																																																		
รายการข้อมูล 1	$A(S)$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A(C)$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A(R)$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด																																																																		
รายการข้อมูล 2	$B(S)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B(C)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B(R)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน																																																																		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																																																																		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th colspan="6">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 65\%$</td></tr> <tr> <td>2</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 70\%$</td></tr> <tr> <td>3</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 75\%$</td></tr> <tr> <td>4</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 80\%$</td></tr> <tr> <td>5</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 85\%$</td></tr> </tbody> </table>						ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 65\%$						2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 70\%$						3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 75\%$						4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 80\%$						5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 85\%$																								
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																		
1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 65\%$																																																																		
2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 70\%$																																																																		
3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 75\%$																																																																		
4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 80\%$																																																																		
5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก $\geq 85\%$																																																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th colspan="6">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th colspan="3">2559</th><th colspan="3">2560</th></tr> <tr> <th colspan="3">ระยะเวลารอคอย</th><th colspan="3">ระยะเวลารอคอย</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก</td><td>ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์</td><td>เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์</td><td>รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์</td><td>ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์</td><td>เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์</td><td>รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์</td></tr> <tr> <td>1. มะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr> <tr> <td>2. มะเร็งปอด</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>3. มะเร็งลำไส้</td><td>80%</td><td>75%</td><td>NA</td><td>82%</td><td>76%</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>4. มะเร็งเต้านม</td><td>66%</td><td>97%</td><td>NA</td><td>60%</td><td>81%</td><td>76.47%</td></tr> <tr> <td>5. มะเร็งปากมดลูก</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>						ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ						2559			2560			ระยะเวลารอคอย			ระยะเวลารอคอย			ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์	ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์	1. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2. มะเร็งปอด	NA	NA	NA	NA	NA	100%	3. มะเร็งลำไส้	80%	75%	NA	82%	76%	100%	4. มะเร็งเต้านม	66%	97%	NA	60%	81%	76.47%	5. มะเร็งปากมดลูก	NA	NA	NA	NA	NA	100%
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																		
	2559			2560																																																															
	ระยะเวลารอคอย			ระยะเวลารอคอย																																																															
ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์	ผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์																																																													
1. มะเร็งตับและท่อน้ำดี	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																													
2. มะเร็งปอด	NA	NA	NA	NA	NA	100%																																																													
3. มะเร็งลำไส้	80%	75%	NA	82%	76%	100%																																																													
4. มะเร็งเต้านม	66%	97%	NA	60%	81%	76.47%																																																													
5. มะเร็งปากมดลูก	NA	NA	NA	NA	NA	100%																																																													

	<table><tr><th rowspan="2">KPI</th><th colspan="4">Base line</th></tr><tr><th>57</th><th>58</th><th>59</th><th>60</th></tr><tr><td>ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน 4 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85</td><td>100</td><td>100</td><td>97.56</td><td>71.47</td></tr><tr><td>ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ร้อยละ 85</td><td>NA</td><td>NA</td><td>59.25</td><td>90.52</td></tr><tr><td>ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>56.52</td></tr></table>	KPI	Base line				57	58	59	60	ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน 4 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85	100	100	97.56	71.47	ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85	NA	NA	59.25	90.52	ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85	100	100	100	56.52
KPI	Base line																								
	57	58	59	60																					
ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน 4 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85	100	100	97.56	71.47																					
ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85	NA	NA	59.25	90.52																					
ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 85	100	100	100	56.52																					
เอกสารอ้างอิง	1.ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม																								
ผู้รับผิดชอบ	1. นางรัชฎา จอมคำสิงห์ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 088-3330083																							
	2. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 097-3024137																							
	โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 643																							
	3. นางสาวนิตยา ชุตไธสง สสจ.หนองคาย	โทร. 088-3330083																							
	4. นางศิริพร มณี สสจ.หนองคาย	โทร. 093-9797082																							
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105																							

ตัวชี้วัดที่ 40/-/-	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ ไม่เกิน 31.88 ต่อแสนประชากร																														
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร																														
น้ำหนัก	ร้อยละ																														
คำอธิบาย 40/-/-	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 =C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น โดยอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ภายในปี 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 58 (baseline ปี 58 = 32.53 ต่อแสนประชากร) ค่าเป้าหมายปีงบประมาณ 2564 ไม่เกิน 30.91 ต่อแสนประชากร <table><tr><th rowspan="2">KPI</th><th colspan="3">Based line</th><th colspan="4">ค่าเป้าหมาย</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560 (9 m)</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr><tr><td>- อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 58</td><td>32.53</td><td>34.78</td><td>22.48</td><td>31.88</td><td>31.53</td><td>31.23</td><td>30.91</td></tr></table>								KPI	Based line			ค่าเป้าหมาย				2558	2559	2560 (9 m)	2561	2562	2563	2564	- อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 58	32.53	34.78	22.48	31.88	31.53	31.23	30.91
KPI	Based line			ค่าเป้าหมาย																											
	2558	2559	2560 (9 m)	2561	2562	2563	2564																								
- อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 58	32.53	34.78	22.48	31.88	31.53	31.23	30.91																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร																														
เป้าหมาย	ไม่เกิน 31.88 ต่อแสนประชากร																														
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์																														
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)																														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน																														
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100,000																														
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.68 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.48 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.28 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.08 ต่อแสนประชากร</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31.88 ต่อแสนประชากร</td></tr></table>								ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.68 ต่อแสนประชากร	2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.48 ต่อแสนประชากร	3	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.28 ต่อแสนประชากร	4	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.08 ต่อแสนประชากร	5	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31.88 ต่อแสนประชากร											
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																														
1	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.68 ต่อแสนประชากร																														
2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.48 ต่อแสนประชากร																														
3	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.28 ต่อแสนประชากร																														
4	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32.08 ต่อแสนประชากร																														
5	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31.88 ต่อแสนประชากร																														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560 (9m)</th></tr><tr><td>อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ</td><td>อัตราต่อแสนประชากร</td><td>32.53</td><td>34.78</td><td>22.48</td></tr></table>								ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560 (9m)	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ	อัตราต่อแสนประชากร	32.53	34.78	22.48										
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																													
		2558	2559	2560 (9m)																											
อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับ	อัตราต่อแสนประชากร	32.53	34.78	22.48																											
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิตให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยมะเร็งตับรายใหม่เพื่อแยกสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระจายไปตับ) 2. จาก Hospital Based Cancer Registry 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)																														

ผู้รับผิดชอบ	1. นางรัชฎา จอมคำสิงห์	โทร. 088-3330083
	2. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์	โทร. 097-3024137
	โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 643
	3. น.ส.นิตยา ชูโตไธสง สสจ.หนองคาย	โทร. 08 33684324
	4. นางศิริพร มณี สสจ.หนองคาย	โทร. 09 39797082
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 41/-/-	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด ไม่เกิน 17.73 ต่อแสนประชากร											
หน่วยวัด	อัตราต่อแสนประชากร											
น้ำหนัก	ร้อยละ											
คำอธิบาย 41/-/-	อัตราการตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งปอด เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด ผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งปอด (lung cancer) เป็นโรคซึ่งมีการเจริญของเซลล์ในเนื้อเยื่อปอดอย่างควบคุมไม่ได้ การเจริญนี้นำไปสู่การแพร่กระจาย มีการรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงและแทรกซึมเข้าไปในอวัยวะนอกปอด มะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นมะเร็งชนิดเยื่อบุเจริญมาจากเซลล์เนื้อเยื่อบุผิว มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายของผู้เสียชีวิต 1.3 ล้านรายทั่วโลกใน ค.ศ. 2004 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากมะเร็งมากที่สุดทั้งในชายและหญิงอาการที่พบบ่อยที่สุดคืออาการเหนื่อย ไอ รวมถึงไอเป็นเลือด และน้ำหนักลด มะเร็งปอดแบ่งชนิดหลักๆ ออกเป็นมะเร็งปอดชนิดสมอลล์เซลล์และชนิดไม่ใช้สมอลล์เซลล์ การจำแนกด้วยวิธีการนี้เนื่องจากวิธีการรักษาต่างกัน มะเร็งปอดชนิดไม่ใช้สมอลล์เซลล์ (NSCLC) บางครั้งรักษาด้วยการผ่าตัด ในขณะที่มะเร็งปอดชนิดสมอลล์เซลล์ (SCLC) ส่วนใหญ่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา สาเหตุส่วนใหญ่ของมะเร็งปอดคือการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ส่วนมะเร็งปอดในผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ซึ่งนับเป็นผู้ป่วย 15% นั้นส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยทางพันธุกรรม ก๊าซเรดอน แร่ใยหิน และมลพิษทางอากาศ รวมถึงการสูบบุหรี่มือสองด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไอ (รวมทั้งไอเป็นเลือด) , น้ำหนักลด และหายใจลำบาก อาจตรวจพบได้จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการทำซีทีสแกน การยืนยันการวินิจฉัยทำโดยการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจ ส่วนใหญ่ทำโดยส่องกล้องหลอดลมเพื่อเก็บชิ้นเนื้อหรือการเจาะชิ้นเนื้อโดยใช้ผลตรวจซีทีช่วยนำทาง การรักษาและพยากรณ์โรคขึ้นกับชนิดของเนื้อเยื่อมะเร็ง ระยะของโรค และระดับความสามารถของผู้ป่วย วิธีการรักษาที่อาจเป็นไปได้ได้แก่การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา อัตราการรอดชีวิตนั้นแตกต่างกันออกไปขึ้นกับระยะ สุขภาพโดยรวม และปัจจัยอื่นๆ รหัส ICD-10 = C330-C349											
	เป้าหมายของการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ Baseline ในปี 2558 (18.09 ต่อแสนประชากร) เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี 2564 <table><tr><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>17.73</td><td>17.55</td><td>17.37</td><td>17.19</td></tr></table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	17.73	17.55	17.37	17.19
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
17.73	17.55	17.37	17.19									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร											
เป้าหมาย	ไม่เกิน 17.73 ต่อแสนประชากร											
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์											
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C330-C349)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน											
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100,000											

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.17 ต่อแสนประชากร			
	2	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.06 ต่อแสนประชากร			
	3	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.95 ต่อแสนประชากร			
	4	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.84 ต่อแสนประชากร			
	5	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.73 ต่อแสนประชากร			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด	อัตราต่อแสนประชากร	18.09	18.45	14.61
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิตให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยมะเร็งระดับรายใหม่ เพื่อแยกสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระจายไปปอด) 2. จาก Hospital Based Cancer Registry 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอด รหัส ICD-10 = C330-C349 4. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม HDC สสจ.หนองคาย				
ผู้รับผิดชอบ	1. นางรัชฎา จอมคำสิงห์		โทร. 088-3330083		
	2. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์		โทร. 097-3024137		
	โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 643		
	3. นางศิริพร มณี สสจ.หนองคาย		โทร. 09 3979 7082		
	4. นางสาวนิตยา ชุตไธสง สสจ.หนองคาย		โทร 083-3684324		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 42/33/16	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 42/33/16	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง $eGFR$ หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) การประเมิน CKD clinic คุณภาพระดับรพช.ระดับ F3 ขึ้นไป (เอกสารหมายเลข 2) ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพคลินิกชะลอไตเสื่อม (คะแนนเต็ม 24 คะแนน) จะผ่านเกณฑ์ที่ต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (19 คะแนน) ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ (5 ตัวชี้วัด = 50 คะแนน) จะผ่านเกณฑ์ที่ต้องได้คะแนนร้อยละ 50 ขึ้นไป (25 คะแนน) เป้าหมาย - ระดับ F2 ขึ้นไปต้องผ่านคะแนนส่วนที่1(กระบวนการ) ร้อยละ 80 และคะแนนส่วนที่ 2 (ผลลัพธ์) ร้อยละ 50 - ระดับ F3 ต้องผ่านคะแนนส่วนที่1(กระบวนการ) ร้อยละ 60 และคะแนนส่วนที่ 2 (ผลลัพธ์) ร้อยละ 40 เกณฑ์ประเมิน CKD corner ระดับ รพ.สต. (เอกสารหมายเลข 1) โดยคะแนนเต็ม 21 คะแนน จะต้องผ่านเกณฑ์ที่ต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (17 คะแนน) (ตามเอกสารแนบหมายเลข 1 : เกณฑ์ประเมิน CKD corner ระดับรพ.สต.)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) กลุ่มผู้ป่วย CKD - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ 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 - รพช.ศรีเชียงใหม่ - รพช.สังคม - รพช.สระใคร - รพช.เผ่าไร่ - รพช.รัตนวาปี - รพช.โพธิ์ตาก 3) รพท./รพช. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD clinic - รพท.หนองคาย - รพช.ทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย 4) รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Corner - รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย

เป้าหมาย	- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 66 - ร้อยละการประเมิน CKD clinic คุณภาพ รพ.ระดับ F3 ขึ้นไป $\geq$ ร้อยละ 80 - ร้อยละการประเมิน CKD corner ระดับ รพ.สต. $\geq$ ร้อยละ 80	
วิธีการประเมิน	โรงพยาบาลส่งข้อมูล $eGFR$ เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561	
ระดับจังหวัด/คปสอ.	- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 66 - ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinineและมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 54
	2	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 57
	3	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 60
	4	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 63
	5	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 66
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner ร้อยละ 70
	2	หน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner ร้อยละ 75
	3	หน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner ร้อยละ 80
	4	หน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner ร้อยละ 85
	5	หน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner ร้อยละ 90
	(แบบประเมินตามเอกสารแนบเกณฑ์คุณภาพ CKD clinic : เอกสารหมายเลข 2)	
ระดับ รพ.สต.	รพ.สต.มีคะแนนผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD corner $\geq$ ร้อยละ 80	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	รพ.สต.มีคะแนนผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Corner ร้อยละ 60
	2	รพ.สต.มีคะแนนผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Corner ร้อยละ 65
	3	รพ.สต.มีคะแนนผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Corner ร้อยละ 70
	4	รพ.สต.มีคะแนนผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Corner ร้อยละ 75
	5	รพ.สต.มีคะแนนผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Corner ร้อยละ 80
	(แบบประเมินตามเอกสารแนบเกณฑ์คุณภาพ CKD Corner : เอกสารหมายเลข 1)	

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																														
				2558	2559	2560																																																												
	- ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr		ร้อยละ 66	64.8	63.90	66.07																																																												
	- รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Clinic/Corner		ร้อยละ 80	NA	NA	NA																																																												
ผลการดำเนินงานผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr ปีงบประมาณ 2560																																																																		
<table><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>1,335</td><td>857</td><td>64.19</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>847</td><td>460</td><td>54.31</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>751</td><td>439</td><td>58.46</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>426</td><td>344</td><td>80.75</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>535</td><td>443</td><td>82.8</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>122</td><td>61</td><td>50</td></tr><tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>451</td><td>359</td><td>79.6</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>169</td><td>115</td><td>68.05</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>195</td><td>114</td><td>58.46</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>4,831</td><td>3,192</td><td>66.07</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	1,335	857	64.19	2	ท่าบ่อ	847	460	54.31	3	โพนพิสัย	751	439	58.46	4	ศรีเชียงใหม่	426	344	80.75	5	สังคม	535	443	82.8	6	สระใคร	122	61	50	7	เฝ้าไร่	451	359	79.6	8	รัตนวาปี	169	115	68.05	9	โพธิ์ตาก	195	114	58.46	10	พิสัยเวหา	0	0	0		รวม	4,831	3,192	66.07
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																														
1	หนองคาย	1,335	857	64.19																																																														
2	ท่าบ่อ	847	460	54.31																																																														
3	โพนพิสัย	751	439	58.46																																																														
4	ศรีเชียงใหม่	426	344	80.75																																																														
5	สังคม	535	443	82.8																																																														
6	สระใคร	122	61	50																																																														
7	เฝ้าไร่	451	359	79.6																																																														
8	รัตนวาปี	169	115	68.05																																																														
9	โพธิ์ตาก	195	114	58.46																																																														
10	พิสัยเวหา	0	0	0																																																														
	รวม	4,831	3,192	66.07																																																														
ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล :: 1 ตุลาคม 2560																																																																		
เอกสารอ้างอิง	- คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย																																																																	
ผู้รับผิดชอบ	นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยไตเทียม รพ.หนองคาย			โทร.088-5733022 และ 081-2623076 e-mail : maneewan.t@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 623/624																																																														
	นพ.พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.หนองคาย			โทร. – e-mail : sutarut2010@hotmail.com โทร. 0 42413456-65 ต่อ 104																																																														

ตัวชี้วัดที่ 43/34/-	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย 43/34/-	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์					
เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 2020 แพ้ม /HDC/ประเมิน/สำรวจ					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561					
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					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 60				
	2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 65				
	3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 70				
	4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75				
	5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2558	2559	2560
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		ร้อยละ	53.70	61.94	96.64
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนิษฐา เชื้อนวนวิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกตรวจตา รพ.หนองคาย			โทร. 085-0003326 e-mail : tikkae30@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 126		
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย			โทร. 081-9778442 e-mail : praditsararat@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123		

ตัวชี้วัดที่ 44/-/-	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล																
หน่วยวัด	อัตรา																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย 44/-/-	- ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศ																
เป้าหมาย	0.7 : 100																
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561																
ระดับจังหวัด	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2560																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><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></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.	-																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล</td><td>อัตรา 0.7 : 100</td><td>0.58 (514/3)</td><td>0.58 (513/3)</td><td>0.58 (517/3)</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	อัตรา 0.7 : 100	0.58 (514/3)	0.58 (513/3)	0.58 (517/3)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2558	2559	2560													
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	อัตรา 0.7 : 100	0.58 (514/3)	0.58 (513/3)	0.58 (517/3)													

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560				
	ลำดับ	หนองคาย	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	517	3	0.58
		รวม	517	3	0.58
เอกสารอ้างอิง	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย				
ผู้รับผิดชอบ	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนัก รพ.หนองคาย		โทร. 061-6894440 e-mail : Rac2507@windowslive.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 619, 602		

ตัวชี้วัดที่ 45/35/-	ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ การดูแลระยะกลาง Intermediate care			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย 45/35/-	การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**) #เนื่องจากการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศและ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเติมช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว รพช.ระดับ M/F หมายถึง รพช., ที่สามารถรับผู้ป่วยพ้นวิกฤติมาดูแล 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 วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ $\geq 70\%$, ลดพิการ Barthel index ADL เพิ่มขึ้น 70% ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียง $\leq 20\%$			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับจังหวัด : 2 แห่ง รพร.ท่าบ่อ และ รพ.โนนพิสัย ระดับ คปสอ. : รพท./รพช.ระดับ M/F ทุกแห่ง ให้บริการ intermediate care			
เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	10%	20%	30%	50%
วิธีการประเมิน	รายงาน			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561			
ระดับจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินการดูแลระยะกลาง			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	0	ไม่มีโรงพยาบาล M/F ที่เปิดบริการ Intermediate care					
	3	โรงพยาบาล M/F ที่เปิดบริการ Intermediate care 1 แห่ง (รพร.ท่าบ่อ หรือ รพ.โพนพิสัย)					
	5	โรงพยาบาล M/F ที่เปิดบริการ Intermediate care 2 แห่ง (รพร.ท่าบ่อ และ รพ.โพนพิสัย)					
ระดับ คปสอ.ทุกแห่ง	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ระดับ รอบที่ 2 ประเมิน 5 ระดับ						
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน			คะแนน		
					รอบ 1	รอบ 2	
	1	1. โรงพยาบาล M/F มีการวิเคราะห์ศักยภาพการให้บริการ Intermediate care ใน 3 โรคสำคัญ 2. มีคำสั่งผู้รับผิดชอบ Intermediate care เชื่อมโยงเครือข่ายบริการทุกระดับ			1	1	
	2	มี 1 และ 2.1 มีการวิเคราะห์และจัดทำทะเบียนประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. Stroke I60-I69 2. Head injury S0600-S0699 3. Spinal cord injury S,13,14,22,23,32,33 2.2 รพ.มีการกำหนด KPI ตามประชากรเป้าหมายจัดบริการ Intermediate care การเข้าถึงบริการ $\geq 70\%$,ลดพิการ Barthel index ADL เพิ่มขึ้น 70% และลดภาวะแทรกซ้อน.ในผู้ป่วยติดเตียง $\leq 20\%$ 2.3 มีแนวทางคู่มือการจัดบริการ Intermediate care ตามบริบทของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงเครือข่ายบริการทุกระดับ			3	2	
	3	มี 1,2 และ 3.1 สรุปรายงานการจัดบริการ Intermediate care และปัญหาอุปสรรคในภาพรวมของอำเภอ ส่งให้จังหวัดรายไตรมาส ปี 61 เริ่มไตรมาสที่ 2 3.2 มีการทบทวนผลการจัดบริการ Intermediate care ทุกไตรมาส 3.3 สรุปรายงาน ผลการจัดบริการ Intermediate care ส่งจังหวัดทุกไตรมาส			5	3	
	4	มี 1,2,3 และ ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์ 2 KPI				4	
	5	มี 1,2,3,4 และ ผลลัพธ์การ ผ่านเกณฑ์ 3 KPI				5	
	รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2558	2559	2560	
ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ การดูแลระยะกลาง Intermediate care			ร้อยละ	NA	NA	NA	

	สถิติการรับผู้ป่วย 3 โรคสำคัญ (Refer in) จำแนกรายหน่วยบริการที่ส่งต่อเข้ารับการรักษ ปีงบประมาณ 2560			
	หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วย 3 โรคสำคัญ		
		Stroke I60-I69	Head injury S0600=S0699	Spinal cord injury S13,14,22,23,32,33
	รวม			
	รพ.โพธิ์พิสัย (F1)	107	31	9
	รพ.เฝ้าไร่ (F3)	61	14	8
	รพ.ท่าบ่อ (M2)	25	41	2
	รพ.รัตนวาปี (F3)	41	9	2
	รพ.สระใคร (F3)	24	10	7
	รพ.ศรีเชียงใหม่ (F2)	12	9	3
	รพ.พิสัยเวหา (เอกชน)	13	5	2
	รพ.สังคม (F2)	10	3	1
	รพ.โพธิ์ตาก (F3)	0	3	0
	รพ.สต.วัดธาตุ (P)	2	0	0
	รพ.สต.ปะโต (P)	1	0	0
	รพ.สต.สังคม (P)	1	0	0
	รวม	297	125	34
	หมายเหตุ ที่มา ; จากสถิติ refer in รพ.หนองคาย (1 ตค.59 - 30 กย.60)			
เอกสารอ้างอิง	การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH, Intermediate Care System NHS UK, British Geriatrics Society, รายงานภาวะโรค IHPP 2556, HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน			
ผู้รับผิดชอบ	นางวันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ นายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงาน : เวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. e-mail : wanrattha@gmail.com โทร. 0 42 143456-65ต่อ 223		
	นางดวงเดือน เข้มพวง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 081-9740244 e-mail : duangduen.kp@gmail.com โทร. 0 42 143456-65ต่อ 712		
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร	โทร. 09-8586-7190		
	น.ส.ธารนา ธงชัย	โทร. 089-6183727		
	นายไพรวลัย เทพาพิน	โทร. 08-6457-7853		
	นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 08-9571-1175		
	นายกวินภพ พรหมนิวาส	โทร. 08-3678-4007		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120		

ดัชนีบาร์เทิล ADL (Barthel's index ADL) (ใช้ในหน่วยงาน)

แบ่งการประเมินออกเป็น 10 ด้าน (คะแนนเต็ม 20)

กิจกรรม	ระดับคะแนน	คะแนน
1. รับประทานอาหาร	(0) ต้องมีคนช่วย/ NG feed/ อาหารทางหลอดเลือดดำ (1) ต้องช่วยเหลือบางส่วน เช่น ตัดอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ (2) รับประทานได้เอง	
2. การแต่งตัว:การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ฯลฯ	(0) ต้องมีคนช่วย (1) ทำได้เอง (รวมถึงทำได้เองถ้ามีคนเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. การลุกนั่งจากที่นอน	(0) ลุกนั่งเองไม่ได้ นั่งจะล้ม ใช้คนช่วยพยุงนั่ง 2 คน (1) ต้องการคนช่วยเหลือพยุงนั่ง 1-2 คน จึงจะนั่งอยู่ได้ (2) ต้องการคนช่วยเหลือ บ้าง/ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย (3) ลุกนั่งได้เอง	
4. การใช้ห้องสุขา	(0) ต้องมีคนช่วย (1) ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือบางอย่าง (2) ช่วยเหลือตัวเองในการเข้าใช้ห้องสุขาได้ดี	
5. การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น	(0) ขึ้นเองไม่ได้ (1) ขึ้นได้ แต่ต้องการคนช่วยเหลือบ้าง (2) ขึ้น-ลง ได้เอง	
6. การสวมใส่เสื้อผ้า	(0) ใส่เองไม่ได้ ต้องมีคนสวมใส่ให้ (1) พอใส่เองได้ ร้อยละ 50 ที่ต้องการคนช่วยเหลือ (2) ใส่ได้เอง	
7. การอาบน้ำ	(0) ต้องการคนช่วยหรือทำให้ (1) อาบน้ำได้เอง	
8. การเดินในบ้าน/ห้อง	(0) นั่งบนรถเข็นแต่ไปเองไม่ได้ (1) ใช้รถเข็นไปเองได้ และเข้ามุมห้อง ออกประตูได้ (2) เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง หรือต้องดูแลเพื่อความปลอดภัย (3) เดินได้เอง	
9. การขับถ่ายอุจจาระ (ใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	(0) ถ่ายเองไม่ได้ หรือต้องการการสวนเป็นประจำ (1) ถ่ายเองได้เป็นส่วนใหญ่ บางครั้งต้องช่วยสวน แต่ไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์ (2) ถ่ายเองได้ สวนหรือเหน็บยาเองได้	
10. การปัสสาวะ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	(0) ปัสสาวะไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ (1) สวนเป็นบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน (2) ปัสสาวะได้เอง	
รวมคะแนน		

ข้อแนะนำในการประเมิน Barthel's index ADL

- สอบถามใน 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยรับใหม่/ก่อนกลับบ้าน และเมื่อเยี่ยมบ้าน
- ใช้การสังเกตและการพูดคุยซักถามผู้ป่วย/ผู้ดูแล ร่วมกับ ประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยขณะนั้น
- ถ้าเป็นเพียงต้องการคำแนะนำ ไม่จัดว่าเป็นการพึ่งพา
- ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด

การแปลผลระดับของ Barthel's index ADL

- ปกติ (20 คะแนน)
- พึ่งพาเล็กน้อย (15-19 คะแนน)
- พึ่งพามาก (10-14 คะแนน)
- พึ่งพาหนัก (5-9 คะแนน)
- พึ่งพาทั้งหมด 0-4 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 46/36/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 46/36/-	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. Esophagogastric varices ; 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 5. Esophagogastric varices 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 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561												
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 1</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 3</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 7</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11</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 1	2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 3	3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 7	4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11	5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 1												
2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 3												
3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 7												
4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11												
5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15												

ระดับ คปสอ.	-			
ระดับ รพ.สต.	-			
	ผลการดำเนินงาน			
	รายโรค	2558	2559	2560
	1. Esophagogastricvarices	58	53	61
	2. Esophageal stricture	0	0	14
	3. Colorectal polyp	25	9	32
	รวม	83	62	107
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)			
ผู้รับผิดชอบ	นายขวัญชาย กิติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 223		
	นางสมนา สกุลคู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 089-9448697 e-mail : Somana44@hotmail.com โทร. 0 42 143456-65ต่อ 414		

ตัวชี้วัดที่ 47/37/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย 47/37/-	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 1.1 Diagnosis: gallstone /cholecystitis 1.2 Procedure: Laparoscopic Cholecystectomy 2) เป้าหมาย รพ. 2 แห่งคือ 2.1 รพท.หนองคาย 2.2 รพร.ท่าบ่อ
เป้าหมาย	ร้อยละ 10	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561	
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 10	
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 2
	2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 4
	3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 6
	4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 8
	5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ 10
ระดับ รพ.สต.	-	

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	ราย	NA	NA	NA
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	-	-	-
	2	ท่าบ่อ	-	-	-
		รวม	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน Minimally Invasive Surgery (MIS)				
ผู้รับผิดชอบ	นายขวัญชาย กิติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 223		
	นางสมนา สุกุลคู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 089-9448697 e-mail : Somana44@hotmail.com โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 414		

ตัวชี้วัดที่ 48/38/-	จังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ จังหวัด/คปสอ. : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%													
หน่วยวัด	ร้อยละ													
น้ำหนัก	ร้อยละ													
คำอธิบาย 48/38/-	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1,2 “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง													
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ระดับ คปสอ. : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง <10% (ทั้งที่ ER และ Admit)													
วิธีการประเมิน	ISwin/ISonline/ประเมิน/สำรวจ													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561													
ระดับจังหวัด	ร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด													
สูตรคำนวณ	(A/B)*100													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>2</td><td>โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>3</td><td>โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>4</td><td>โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>5</td><td>โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 90</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 50	2	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 60	3	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70	4	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 80	5	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 90
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 50													
2	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 60													
3	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70													
4	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 80													
5	โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ ร้อยละ 90													
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%													
รายการข้อมูล 1	A : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน													
รายการข้อมูล 2	B : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1, 2 ทั้งหมด													

สูตรคำนวณ	(A/B)*100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง <14%				
	2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง <13%				
	3	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง <12%				
	4	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง <11%				
	5	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง <10%				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ		ร้อยละ	NA	NA	NA
	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง <10%		ร้อยละ	NA	NA	NA
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรมฐานข้อมูล ISWIN 2. โปรแกรมฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 3. รายงานบันทึก ER ECS					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com			
	2. นายมนตรี ดิษฐสร้อย นวก.สาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com			
	งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 105			
	3. นางนิตยศักดิ์ เทศศรีเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ		โทรพท์. : 099-4636565 e-mail :nitayank_2011@hotmail.com			
	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135,661			

ตัวชี้วัดที่ 49/39/17	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย 48/38/-	กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึงกลุ่มเด็กเล็กปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ ฟันดีไม่มีผุหมายถึงฟันแท้ปกติ(รวมarrested caries)และ/หรือมีฟันที่อุดแล้วไม่ผุโดยไม่มีผุจำเป็นต้องอุดถอนรักษาลงรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก ฟันผุหมายถึงฟันแท้ที่ผุเป็นรู หรือมีฟันที่อุดแล้วผุ และให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย โดยหน่วยบริการจะต้องมีการดำเนินการดังนี้ 1. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล 2. มีผลตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน (อัตราฟันผุ,cavity free) ที่เป็นปัจจุบัน ปีการศึกษา 2560 (ทส.002/003) ระดับอำเภอและตำบล 3. มีการคืนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน 4. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6)				
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.				
	ปีงบประมาณ 61 ร้อยละ 60	ปีงบประมาณ 62 ร้อยละ 62	ปีงบประมาณ 63 ร้อยละ 64	ปีงบประมาณ 64 ร้อยละ 66	
วิธีการประเมิน	- ดูจากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ตามแบบรายงาน ทส.001-003 ระดับตำบล/อำเภอ และ โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561 – กรกฎาคม 2561				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ที่ปราศจากฟันผุ (caries free)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ที่ได้รับการอุดฟันและไม่ผุหรือฟันถูกถอน				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	รอบที่ 2 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ = (A+B)/C x100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คป.สอ./ รพ.สต.	สำรวจสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ (เด็กอายุ 12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2561 ดังนี้				
	5 เดือนแรก (ตุลาคม 2560 –กุมภาพันธ์ 2561) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ				
	ร้อยละ เด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรมจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	
	10	12.5	15	17.5	
	5 เดือนหลัง (มีนาคม 2561 –กรกฎาคม2561) ผลงานร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	
	50	55	60	65	
	ระดับ 5				
				70	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน	
				ปีงบประมาณ	
	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ	2558	2559	2560
55.11			53.06	72.11	

	ตารางแสดงผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2558-2560			
	เครือข่ายบริการ	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี พันติไม่มีผู้		
		ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
	เมืองหนองคาย	52.56	60.01	72.66
	โพนพิสัย	71.02	36.65	69.80
	ศรีเชียงใหม่	50.66	68.67	75.42
	สังคม	36.67	24.46	66.11
	ท่าบ่อ	49.4	64.95	57.67
	สระใคร	63.72	46.87	76.96
	โพธิ์ตาก	-	-	84.2
	เฝ้าไร่	51.97	63.89	80.1
	รัตนวาปี	81.05	ไม่มีข้อมูล	60
	รพ.พิสัยเวหา	75.15	90	58.8
	จ.หนองคาย	55.11	53.06	72.11
เอกสารอ้างอิง/ แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มรวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ราย รพ.สต.และ รายเครือข่ายบริการ (http://hdcservice.moph.go.th) ที่กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อ ตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ 28 และ 42 และระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพรายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของจังหวัด หนองคาย ปีการศึกษา 2560-2561(ทส.001/002/003)			
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์ ทพญ.หทัยรัตน์ นิจจะยะ นส.ชริดา มาลายุทธศรี กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		โทร. 089-9421090	
			โทร. 094-2834969 โทร. 094-2834969 โทร. 0 4241 3354 ต่อ 139	

ตัวชี้วัดที่ 50/40/18	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 50/40/18	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 ทันต กรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และนอกสถานบริการสุขภาพ รวมนอกเวลาราชการ ได้ตามเกณฑ์กิจกรรมบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ 1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ 1.1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 1.2) บริการชุดหินน้ำลายและ อุดฟัน 1.3) บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control 2) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) 2.1 มีการตรวจช่องปาก 2.2 การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ 2.3 เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3.1 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 3.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.3 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม 4) โรงเรียนประถมศึกษา 4.1 นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก 4.2 นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1,3 ได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 4.3 การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษา 5) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก (6) กลุ่มผู้สูงอายุ 6.1 การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2. การใช้บริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.แต่ละแห่งได้ตามเกณฑ์ (เฉลี่ยตามระยะเวลาที่ประเมิน) 1) รอบที่ 1 มากกว่า 100 คนต่อ 1,000 ประชากร (Type 1,3)/ปี 2) รอบที่ 2 มากกว่า 200 คนต่อ 1,000 ประชากร (Type 1,3)/ปี <u>เงื่อนไขเฉพาะเพิ่มการประเมินการมี/จัดให้มี</u> - หน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก 18 เดือน 3-5 ปี วัยเรียนและผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบันและย้อนหลังอย่างน้อย 2 ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)					
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คป.สอ. มีจำนวน รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 ระดับ รพ.สต./ศสม. แต่ละ รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์ 2 องค์ประกอบ					
วิธีการประเมิน	เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งบันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ผลงานเดือนตุลาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 ผลงานเดือนตุลาคม 2560-กรกฎาคม 2561					
ข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพตามเกณฑ์					
ข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด 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. ที่จัดบริการสุขภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 60				
	2	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 65				
	3	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 70				
	4	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 75				
	5	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 80				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต./ศสม.	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก 14 กิจกรรมและครอบคลุม ไม่น้อยกว่า	60 คน ต่อ 1,000 ปชก.	160 คน ต่อ 1,000 ปชก.		
	2	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก 14 กิจกรรมและครอบคลุม ไม่น้อยกว่า	70 คน ต่อ 1,000 ปชก.	170 คน ต่อ 1,000 ปชก.		
	3	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก 14 กิจกรรมและครอบคลุม ไม่น้อยกว่า	80 คน ต่อ 1,000 ปชก.	180 คน ต่อ 1,000 ปชก.		
	4	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก 14 กิจกรรมและครอบคลุม ไม่น้อยกว่า	90 คน ต่อ 1,000 ปชก.	190 คน ต่อ 1,000 ปชก.		
	5	รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก 14 กิจกรรมและครอบคลุม ไม่น้อยกว่า	100 คน ต่อ 1,000 ปชก.	200 คน ต่อ 1,000 ปชก.		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50		ร้อยละ	93.42	80.26	94.74

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2560							
อำเภอ	จำนวนรพ. สต./ศสม. ใน สังกัด สป. ทั้งหมด (B)	จำนวนรพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพช่องปาก					
		6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม	ร้อยละ	200 คนต่อ 1,000 ประชากร	ร้อยละ	ผ่านทั้ง สอง เกณฑ์	ร้อยละ
เมือง	19	18	94.74	18	94.74	18	94.74
ท่าบ่อ	10	10	100	10	100	10	100.00
โพนพิสัย	15	14	93.33	14	93.33	14	93.33
ศรีเชียงใหม่	6	6	100	6	100	6	100.00
สังคม	5	5	100	5	100	5	100.00
สระใคร	3	3	100	3	100	3	100.00
เฝ้าไร่	7	6	85.71	6	85.71	5	71.43
รัตนวาปี	6	6	100	6	100.00	6	100.00
โพธิ์ตาก	5	5	100	5	100	5	100.00
รวมหนองคาย	76	73	96.05	73	96.05	72	94.74
แหล่งข้อมูล	ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ 43 แห่ง รวบรวม รพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ (http://hdcservice.moph.go.th)ที่กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ1 และ 46						
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมวงศ์ นางอุริตา พิทักษ์ทรัพย์ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข			โทร. 089-7106864 โทร. 081-5935415 โทร. 0 4242 2923 ต่อ 139			

ตัวชี้วัด 51/41/ 19-24	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
หน่วยวัด	ร้อยละคะแนน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 51/41/19-24	การบริหารจัดการ MCH Board หมายถึง 1. มี MCH Board ระดับอำเภอ มีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี และมีรายงานการประชุมทุกครั้ง โดยมีวาระการประชุมคือสถานการณ์และผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็ก มีการสืบสวนการตายของมารดาและทารกทุกรายและรายงานจังหวัดภายใน 1 เดือน มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 5 นาที และเด็กที่สงสัยพัฒนาล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัดภายใน 1 เดือน 2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดเองโดย MCH Board จังหวัด 3. มีการจัดบริการ ANC/WCC/LR ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กหรือมาตรฐานกรมการแพทย์ (ห้องคลอด) 4. มีผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้ (จาก HDC/cockpit/ผลประเมิน) 4.1 อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (HDC) 4.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (HDC) 4.3 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (HDC) 4.4 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (HDC) 4.5 เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (HDC) 4.6 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100 (HDC) 4.7 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10 (HDC) 4.8 อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ (Cockpit) 4.9 ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ (Cockpit) 4.10 อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7(Cockpit) 4.11 ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตรน้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) 4.12 คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 4.13 คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 4.14 LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง (ผลประเมิน1)
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 2. จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด/เขต 3. จากแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย/กรมการแพทย์																																																														
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																																																														
ระดับจังหวัด																																																															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด																																																														
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ. ทั้งหมด																																																														
สูตรคำนวณ	A x 100 / B																																																														
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>2</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>3</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>5</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60	2	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70	3	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	4	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90	5	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100																																															
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																														
1	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60																																																														
2	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70																																																														
3	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80																																																														
4	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90																																																														
5	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100																																																														
ระดับ คปสอ.																																																															
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ																																																														
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ (100)																																																														
สูตรคำนวณ	A x 100 / B																																																														
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>1</td><td>ผลรวมคะแนนที่ได้</td><td>40 คะแนน</td><td>50 คะแนน</td></tr><tr><td>2</td><td>ผลรวมคะแนนที่ได้</td><td>50 คะแนน</td><td>60 คะแนน</td></tr><tr><td>3</td><td>ผลรวมคะแนนที่ได้</td><td>60 คะแนน</td><td>70 คะแนน</td></tr><tr><td>4</td><td>ผลรวมคะแนนที่ได้</td><td>70 คะแนน</td><td>80 คะแนน</td></tr><tr><td>5</td><td>ผลรวมคะแนนที่ได้</td><td>80 คะแนน</td><td>90 คะแนน</td></tr></table>				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																																			
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	<table><tr><th rowspan="2">อำเภอ</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2560</th></tr><tr><th>คะแนนเต็ม</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th><th>ระดับคะแนน</th></tr><tr><td>เมืองหนองคาย</td><td>150</td><td>133</td><td>88.67</td><td>4.87</td></tr><tr><td>ท่าบ่อ</td><td>150</td><td>129</td><td>86.00</td><td>4.60</td></tr><tr><td>โพนพิสัย</td><td>150</td><td>133</td><td>88.67</td><td>4.87</td></tr><tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>150</td><td>108</td><td>72.00</td><td>3.20</td></tr><tr><td>สังคม</td><td>150</td><td>103</td><td>68.67</td><td>2.87</td></tr><tr><td>สระใคร</td><td>150</td><td>103</td><td>68.67</td><td>2.87</td></tr><tr><td>เฝ้าไร่</td><td>150</td><td>94</td><td>62.33</td><td>2.23</td></tr><tr><td>รัตนวาปี</td><td>150</td><td>99</td><td>67.35</td><td>2.73</td></tr><tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>150</td><td>95</td><td>64.63</td><td>2.46</td></tr><tr><td>จังหวัด</td><td>1,350</td><td>110.5</td><td>73.67</td><td>3.37</td></tr></table>				อำเภอ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2560				คะแนนเต็ม	ผลงาน	ร้อยละ	ระดับคะแนน	เมืองหนองคาย	150	133	88.67	4.87	ท่าบ่อ	150	129	86.00	4.60	โพนพิสัย	150	133	88.67	4.87	ศรีเชียงใหม่	150	108	72.00	3.20	สังคม	150	103	68.67	2.87	สระใคร	150	103	68.67	2.87	เฝ้าไร่	150	94	62.33	2.23	รัตนวาปี	150	99	67.35	2.73	โพธิ์ตาก	150	95	64.63	2.46	จังหวัด	1,350	110.5	73.67	3.37
	อำเภอ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2560																																																													
		คะแนนเต็ม	ผลงาน	ร้อยละ	ระดับคะแนน																																																										
	เมืองหนองคาย	150	133	88.67	4.87																																																										
	ท่าบ่อ	150	129	86.00	4.60																																																										
	โพนพิสัย	150	133	88.67	4.87																																																										
	ศรีเชียงใหม่	150	108	72.00	3.20																																																										
	สังคม	150	103	68.67	2.87																																																										
	สระใคร	150	103	68.67	2.87																																																										
	เฝ้าไร่	150	94	62.33	2.23																																																										
	รัตนวาปี	150	99	67.35	2.73																																																										
	โพธิ์ตาก	150	95	64.63	2.46																																																										
จังหวัด	1,350	110.5	73.67	3.37																																																											

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2557	2558	2559	2560
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	0	20.33	0	0
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ	53.98 (2,972/5,006)	88.18 (1,963/2,228)	88.50 (1,331/1,504)	83.82 (1,906/2,274)
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	76.71 (978/1,275)	82.45 (1,104/1,339)	82.54 (1,404/1,701)	73.97 (1,674/2,263)
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	7.48	8.83	8.13 (123/1,513)	7.15 (386/5,394)
5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ	47.49 (1,322/2,784)	75.12 (1,389/1,849)	62.69 (3,307/5,275)	73.28 (3,086/4,211)
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ	100	100	88.19	87.53 (4,009/4,580)
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ	-	Lab1=22.65 Lab2=23.79	15.33 (109/711)	14.45 (397/2,748)
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ	6.38	6.51	1.92 (7/3,641)	7.78 (42/5,394)
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ	20.12	21.96	13.66 (80/5,838)	14.08 (76/5,394)
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	-	-	6.19 (366/5,915)	7.44 (400/5,373)
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ	4.61	3.79	4.57	7.33 (311/4,244)
12. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	86.72	92.69	96.78 (80/83)	100 (89/89)
13. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	86.72	91.57	97.59 (81/83)	100 (89/89)
14. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง	ร้อยละ	100 (5 รพ.)	100 (5 รพ.)	83.33 (5/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)
คำอธิบายศัพท์ อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio (MMR)) หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate) หมายถึงการตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 35 เซนติเมตร หรือมากกว่าบวกจำนวนการตายของทารกที่อายุต่ำกว่า 7 วันต่อทารกเกิดทั้งหมด 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 ในครรภ์นี้หรือ ครรภ์ก่อน อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึงจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมด 100 คน การคลอดก่อนกำหนด (Premature Labor) หมายถึงเด็กที่คลอดออกมาจากมารดาที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป/หรือน้ำหนักเด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัมขึ้นไป ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) หมายถึงภาวะที่ประกอบ ด้วยเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และปริมาตรเลือดที่ผ่านปอด (pulmonary perfusion) น้อย หรือมีไม่เพียงพอ หลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญ ขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆ ทางสมอง ตามมา เช่น Epilepsy, Mental Retardation, Cerebral Palsy และ Learning Disabilities หรือเป็นผลให้ทารกเสียชีวิต นำ ไป สู่ความสูญเสียของครอบครัวและสังคม การคลอดมาตรฐาน หมายถึง 1.มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2.มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3.มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐานการจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกันดังตัวอย่าง 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 6. ผลการประเมินตนเอง/จากทีมอำเภอ/เขต	
ผู้รับผิดชอบ	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร. 08 8571 3729 e-mail: usrisom@yahoo.com
	นางณัฐชานันท์ พรหมเพชร	โทร. 09 3376 1755 e-mail: wassana_boss@hotmail.com
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 52/42/25	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 52/42/25	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. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่เต็มจากเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง 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 เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ 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 หมายถึง เด็กที่มีอายุ 6 ปีเต็ม จนถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3)
เป้าหมาย	ร้อยละเด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) สูงดี สมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 68
วิธีการประเมิน	ประมวลผลรายงานข้อมูลจากระบบ HDC ตัวชี้วัดกระทรวง ปี 2560 ตัวชี้วัดที่ 4
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ รอบที่ 1 : ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 3 เดือน (ต.ค., พ.ย., ธ.ค. 2560) และบันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ตรวจสอบรายงานจาก HDC จังหวัด รอบที่ 2 : ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 2 เดือน (พ.ค., มิ.ย., 2561) และบันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ตรวจสอบรายงานจาก HDC จังหวัด
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คป.สอ. 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	
				2558	2559
	1.เด็กวัยเรียนมีสูงดี สมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 66		ร้อยละ	69.56	69.71
	ผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559				
	ลำดับ	คป.สอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	7,573	4,782	63.15
	2	ท่าบ่อ	5,155	3,484	67.58
	3	โพนพิสัย	9,578	7,874	82.21
	4	ศรีเชียงใหม่	2,895	1,960	67.70
	5	สังคม	1,161	813	70.03
	6	สระใคร	2,219	1,403	63.23
	7	เผ่าไร่	4,351	2,690	61.82
	8	รัตนวาปี	2,506	1,681	67.08
	9	โพธิ์ตาก	1,270	1,039	81.81
	รวม		36,708	25,726	70.08
	ผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560				
	ลำดับ	คป.สอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	7,998	5,060	63.27
	2	ท่าบ่อ	4,835	3,118	64.49
	3	โพนพิสัย	6,980	5,196	74.44
	4	ศรีเชียงใหม่	2,051	1,430	69.72
	5	สังคม	2,567	1,719	66.97
	6	สระใคร	2,075	1,330	64.10
	7	เผ่าไร่	2,227	1,594	71.58
	8	รัตนวาปี	1,459	961	65.87
	9	โพธิ์ตาก	421	396	94.06
	10	รพ.พิสัยเวช	909	875	96.25
	รวม		31,522	21,679	68.77
เอกสารอ้างอิง	รายงานผลการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในเด็กวัยเรียน ปีละ 2 ครั้ง (ดูรายงานจากระบบ HDC)				
	รอบที่ 1 : ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560				
	รอบที่ 2 : ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนภา อัสวานานนท์		โทร. 089-6228848		
	นายเทอดไทย เหมืองทอง		โทร. 082-1240925		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0-4241-3354 ต่อ 123/144		

ตัวชี้วัดที่ 53/43/-	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี																						
หน่วยวัด	จังหวัด : อุดรธานี คปสอ. : ร้อยละคะแนน																						
น้ำหนัก	ร้อยละ																						
คำอธิบาย 53/43/-	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ ในระดับ คปสอ.ให้ดำเนินงานสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ร่วมกับ ภาควิชาเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงานในท้องถิ่น “ต้องเป็นทีมใหม่ ต่างจากปีที่ผ่านมา” เพื่อผลักดันให้พื้นที่เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ โดยความร่วมมือของสหสาขา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยแต่ละทีมมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของผู้ก่อการดี (ระดับทองแดง) เกณฑ์การให้คะแนน : การประเมินผู้ก่อการดีในการป้องกันเด็กจมน้ำ (ระดับทองแดง) <table border="1"> <thead> <tr> <th>องค์ประกอบ</th><th>ตัวชี้วัด</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. นโยบาย</td><td>-</td></tr> <tr> <td>2. การบริหารจัดการ</td><td>-</td></tr> <tr> <td>3. สถานการณ์และข้อมูล</td><td>มีสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่</td></tr> <tr> <td>4. การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง</td><td>มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ ได้แก่ สร้างรั้ว/ติดป้ายคำเตือน จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกวกลอยพลาสติกเปล่า</td></tr> <tr> <td>5. การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก</td><td>ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ ดำเนินการดังนี้ 1) สอน/ให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง 2) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ</td></tr> <tr> <td>6. การให้ความรู้</td><td>สถานบริการสาธารณสุขหรือชุมชน จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเด็กจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</td></tr> <tr> <td>7. การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด</td><td>มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย 1) ให้มีวิทยากรในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า 5คน/ปี/อำเภอ 2) ประชาชน/เด็กอายุ 6-14 ปี จำนวนไม่น้อยกว่า 100คน/ปี/อำเภอ</td></tr> <tr> <td>8. การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)</td><td>-</td></tr> <tr> <td>9. การสื่อสารประชาสัมพันธ์</td><td>มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี/อำเภอ</td></tr> <tr> <td>10. การศึกษาวิจัย</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>	องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	1. นโยบาย	-	2. การบริหารจัดการ	-	3. สถานการณ์และข้อมูล	มีสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่	4. การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง	มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ ได้แก่ สร้างรั้ว/ติดป้ายคำเตือน จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกวกลอยพลาสติกเปล่า	5. การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ ดำเนินการดังนี้ 1) สอน/ให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง 2) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ	6. การให้ความรู้	สถานบริการสาธารณสุขหรือชุมชน จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเด็กจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	7. การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด	มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย 1) ให้มีวิทยากรในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า 5คน/ปี/อำเภอ 2) ประชาชน/เด็กอายุ 6-14 ปี จำนวนไม่น้อยกว่า 100คน/ปี/อำเภอ	8. การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	-	9. การสื่อสารประชาสัมพันธ์	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี/อำเภอ	10. การศึกษาวิจัย	-
องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด																						
1. นโยบาย	-																						
2. การบริหารจัดการ	-																						
3. สถานการณ์และข้อมูล	มีสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่																						
4. การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง	มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ ได้แก่ สร้างรั้ว/ติดป้ายคำเตือน จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกวกลอยพลาสติกเปล่า																						
5. การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ ดำเนินการดังนี้ 1) สอน/ให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง 2) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ																						
6. การให้ความรู้	สถานบริการสาธารณสุขหรือชุมชน จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเด็กจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง																						
7. การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด	มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย 1) ให้มีวิทยากรในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า 5คน/ปี/อำเภอ 2) ประชาชน/เด็กอายุ 6-14 ปี จำนวนไม่น้อยกว่า 100คน/ปี/อำเภอ																						
8. การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	-																						
9. การสื่อสารประชาสัมพันธ์	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี/อำเภอ																						
10. การศึกษาวิจัย	-																						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2. ทุกอำเภอในจังหวัดหนองคาย																						
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน 4.5 ต่อแสน ปชก. ระดับ คปสอ. : มีทีมผู้ก่อการดีอย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม																						
วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/HDC 3. สัมภาษณ์/สอบถามการตาย 4.แบบประเมินตนเอง/สำรวจ																						

ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561				
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561				
ระดับจังหวัด	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤ 4.5 ต่อแสนประชากร				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี				
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤ 8.5			
	2	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤ 7.5			
	3	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤ 6.5			
	4	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤ 5.5			
	5	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤ 4.5			
ระดับ คปสอ.	มีทีมผู้ก่อการดีอย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม				
รายการข้อมูล	1. มีสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ 2. มีการสำรวจ/จัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน 3. มีการให้ความรู้ในศูนย์เด็กเล็ก 4. การให้ความรู้ในสถานบริการสาธารณสุข/ประชาชน 5. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ 6. มีการสอนหลักสูตรว่ายน้ำ				
สูตรคำนวณ	ดำเนินงานตามเกณฑ์การให้คะแนน : มีการประเมินตนเองเพื่อเป็นทีมผู้ก่อการดีในการป้องกันเด็กจมน้ำ และผ่านเกณฑ์ (ระดับทองแดง) ทั้งหมด 6 ใน 10 ข้อตามกำหนด				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	ผ่านเกณฑ์ประเมินทีมผู้ก่อการดี	0 ข้อ	2 ข้อ	
	2	ผ่านเกณฑ์ประเมินทีมผู้ก่อการดี	1 ข้อ	3 ข้อ	
	3	ผ่านเกณฑ์ประเมินทีมผู้ก่อการดี	2 ข้อ	4 ข้อ	
	4	ผ่านเกณฑ์ประเมินทีมผู้ก่อการดี	3 ข้อ	5 ข้อ	
	5	ผ่านเกณฑ์ประเมินทีมผู้ก่อการดี	4 ข้อ	6 ข้อ	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤ 4.50 ต่อแสนประชากร	อัตรา	7.3	7.49	6.53
			7/95,775	7/93,344	6/91,790
	- จำนวนทีมผู้ก่อการดี	ทีม	8	4	2

	ผลการดำเนินงานอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปีงบประมาณ 2560				
	ลำดับ	คปสอ.	จำนวนเด็กอายุ 0 - 15 ปี	จำนวนเสียชีวิต จากการจมน้ำ	อัตรา/แสน ปช.
	1	หนองคาย	25,183	0	0
	2	ท่าบ่อ	12,942	1	7.73
	3	โพนพิสัย	18,496	1	5.29
	4	ศรีเชียงใหม่	5,228	0	0
	5	สังคม	4,950	1	20.20
	6	สระใคร	5,013	0	0
	7	เผ่าไร่	9,756	1	10.25
	8	รัตนวาปี	7,461	1	13.40
	9	โพธิ์ตาก	2,761	1	36.21
		รวม	91,790	6	6.53
ข้อมูลการประเมินทีมผู้ก่อการดีในการป้องกันเด็กจมน้ำ (ระดับทองแดง) ปีงบประมาณ 2558–2560					
ลำดับ	คปสอ.	ระดับทองแดง			
		2558	2559	2560	รวม
1	หนองคาย	1	1	1	3
2	ท่าบ่อ	1	0	0	1
3	โพนพิสัย	1	1	0	2
4	ศรีเชียงใหม่	1	1	0	2
5	สังคม	1	0	0	1
6	สระใคร	1	0	0	1
7	เผ่าไร่	1	0	0	1
8	รัตนวาปี	1	0	0	1
9	โพธิ์ตาก	0	1	1	2
	รวม	8	4	2	12
เอกสารอ้างอิง	1. แผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือแผนปฏิบัติการ คปสอ. 2. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน หรือรายงานการประชุม 3. แบบประเมิน “ผู้ก่อการดีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 4. ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน 5. สถานบริการบันทึกข้อมูลการตายในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
ผู้รับผิดชอบ	1. นายมนตรี ดิษฐสรั้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com		
	2. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com		
	งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026		

ตัวชี้วัดที่ 54/44/26	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)																																																																
หน่วยวัด	อัตราต่อพันประชากร																																																																
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																
คำอธิบาย 54/44/26	อัตราการคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์อายุ 15 ปี ถึง 19 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่คลอดบุตรมีชีพต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี																																																																
เป้าหมาย	ไม่เกิน 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน																																																																
วิธีการประเมิน	HDC/COCKPIT																																																																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																																																																
ทุกระดับ																																																																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ(ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)																																																																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15-19 ปี (จากแฟ้ม Labor) คูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)																																																																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 1,000																																																																
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 52 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 47 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 37 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 32 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 52 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 47 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 37 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน				5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 32 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																
1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 52 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 47 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 37 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤ 32 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2558</td><td>2559</td><td>2560</td></tr><tr><td>อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี</td><td>อัตราต่อพัน</td><td>35.64</td><td>34.20</td><td>25.36</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อพัน	35.64	34.20	25.36																																															
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																															
		2558	2559	2560																																																													
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อพัน	35.64	34.20	25.36																																																													
	<table><tr><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 (HDC)</th></tr><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>4,552</td><td>91</td><td>19.99</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>2,319</td><td>48</td><td>20.70</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>3,329</td><td>86</td><td>25.83</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>766</td><td>21</td><td>27.42</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>826</td><td>38</td><td>46.00</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>789</td><td>18</td><td>22.81</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>1,312</td><td>49</td><td>37.35</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>1,372</td><td>31</td><td>22.59</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>391</td><td>15</td><td>38.36</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>15,656</td><td>397</td><td>25.36</td></tr></table>					ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 (HDC)					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	4,552	91	19.99	2	ท่าบ่อ	2,319	48	20.70	3	โพนพิสัย	3,329	86	25.83	4	ศรีเชียงใหม่	766	21	27.42	5	สังคม	826	38	46.00	6	สระใคร	789	18	22.81	7	เผ่าไร่	1,312	49	37.35	8	รัตนวาปี	1,372	31	22.59	9	โพธิ์ตาก	391	15	38.36		รวม	15,656	397	25.36
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 (HDC)																																																																	
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																													
1	หนองคาย	4,552	91	19.99																																																													
2	ท่าบ่อ	2,319	48	20.70																																																													
3	โพนพิสัย	3,329	86	25.83																																																													
4	ศรีเชียงใหม่	766	21	27.42																																																													
5	สังคม	826	38	46.00																																																													
6	สระใคร	789	18	22.81																																																													
7	เผ่าไร่	1,312	49	37.35																																																													
8	รัตนวาปี	1,372	31	22.59																																																													
9	โพธิ์ตาก	391	15	38.36																																																													
	รวม	15,656	397	25.36																																																													
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่ง DHB คณะทำงานบริหารจัดการสร้างสุขภาพ 2. แผนการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. บันทึกรายงาน และประมวลผลจากฐานข้อมูล HCD, COCKPIT 4. สรุปผลการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน																																																																
ผู้รับผิดชอบ	นายสิริชัย ขำสมบัติ		โทร. 081-9643779																																																														
	งานวัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123																																																														

ตัวชี้วัดที่ 55/-/-	ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560														
หน่วยวัด	ร้อยละ														
น้ำหนัก	ร้อยละ														
คำอธิบาย 55/-/-	1. ผู้สูงอายุ หมายความว่าตาม 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 หรือทุพพลภาพ มีผลคะแนนการแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 0–4 คะแนน														
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดหนองคาย Type 1, 3														
เป้าหมาย	ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560 <table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ร้อยละ 95.27</td><td>เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560</td><td>เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2561</td><td>เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2562</td><td>เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2563</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 95.27	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2561	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2562	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2563
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64											
ร้อยละ 95.27	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2561	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2562	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2563											
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/HDC/บันทึกใน Special PP														
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561														
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561														
ระดับจังหวัด															
รายการข้อมูล 1	A : ร้อยละของ Healthy Aging ปี 2561														
รายการข้อมูล 2	B : ร้อยละของ Healthy Aging ปี 2560														
สูตรคำนวณ	(A-B)/B x 100														

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 2					
	2	Healthy Aging ลดลงร้อยละ 1					
	3	Healthy Aging คงที่					
	4	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 1					
	5	Healthy Aging เพิ่มขึ้นร้อยละ 2					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			
				2558	2559	2560	
ร้อยละของ Healthy Aging เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี 2560		ร้อยละ	94.59	93.93	95.27		
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2558-2560							
	อำเภอ	ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เมือง	15,369	94.32	15,188	93.63	17,386	96.04
	ท่าบ่อ	9,148	95.01	6,889	91.54	9,623	95.92
	โพนพิสัย	9,083	96.72	9,547	94.50	8,982	90.94
	ศรีเชียงใหม่	3,566	96.85	3,045	96.36	2,827	97.48
	สังคม	2,642	96.00	2,457	91.27	2,862	99.13
	สระใคร	2,123	97.61	2,089	97.03	2,111	95.09
	เผ่าไร่	5,173	95.11	4,801	94.69	4,572	93.88
	รัตนวาปี	4,080	84.98	4,196	99.95	4,357	96.65
	โพธิ์ตาก	1,656	97.33	1,290	81.85	1,755	98.26
รวม	52,841	94.59	49,502	93.93	54,475	95.27	
เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) คู่มือ แนวทางการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) 3) คู่มือ การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557						
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนภา อิศวชนานนท์			โทร. 089-6228848			
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์			โทร. 081-9778442			
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 56/45/27	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์						
หน่วยวัด	ร้อยละ						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำอธิบาย 56/45/27	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) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.5 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 2.6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 2.7 มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล 3. ระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว หมายถึง ทุกหน่วยบริการมีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่กำหนด 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) กลุ่มที่ 2 การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เบาหวาน 2) ความดัน 3) สุขภาพช่องปาก 4) สุขภาวะทางตา (ต้อกระจก) กลุ่มที่ 3 การประเมินภาวะสมองเสื่อม/สมรรถภาพสมอง (MMSE) กลุ่มที่ 4 การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ 1) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 2) ภาวะซึมเศร้า 3) ข้อเข่าเสื่อม กลุ่มที่ 5 การคัดกรองภาวะโภชนาการ (รอบเอว) 4. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์เทศบาลฯ มีการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ระดับตำบล หรือระดับชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ 4.1 เกณฑ์การให้คะแนน มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 5 หมวด <table><tr><td>1) หมวดข้อมูลทั่วไป</td><td>คะแนนเต็ม</td><td>15 คะแนน</td></tr><tr><td>2) หมวดกรรมการ</td><td>คะแนนเต็ม</td><td>10 คะแนน</td></tr></table>	1) หมวดข้อมูลทั่วไป	คะแนนเต็ม	15 คะแนน	2) หมวดกรรมการ	คะแนนเต็ม	10 คะแนน
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 และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง		
6. เกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 องค์ประกอบ		

องค์ประกอบ	รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุฯ ครอบคลุมทุกประเด็น ได้แก่ ADL เบาหวาน ความดัน สุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา(ต้อกระจก) ภาวะสมองเสื่อม/สมรรถภาพสมอง (MMSE) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะโภชนาการ (รอบเอว)	40	80
2	มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	ต้องผ่านทั้ง 2 ข้อ	ต้องผ่านทั้ง 3 ข้อ
	-มีการประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับตำบลบันทึกผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมผู้สูงอายุ	1	ผ่านเกณฑ์ ≥ ระดับดี
	-มีการประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และบันทึกผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมผู้สูงอายุ ครอบคลุม ร้อยละ	30	60
	-มีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุระดับ ตำบลหรือหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่นได้คะแนน 80 คะแนนขึ้นไป		≥ 1 ชมรม
3	มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) สัดส่วน CG1: ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	1 คน 1:10	1 คน 1:10
4	มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี
5	มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี

	<table><tr><th>องค์ประกอบ</th><th>รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>6</td><td>มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ครอบคลุม ร้อยละ (นับเฉพาะพื้นที่ที่ สปสช.โอนงบประมาณไปที่บัญชี กองทุนตำบลแล้ว)</td><td>50</td><td>80</td></tr><tr><td>7</td><td>มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล</td><td>มี/ไม่มี</td><td>มี/ไม่มี</td></tr></table>	องค์ประกอบ	รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ	รอบที่ 1	รอบที่ 2	6	มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ครอบคลุม ร้อยละ (นับเฉพาะพื้นที่ที่ สปสช.โอนงบประมาณไปที่บัญชี กองทุนตำบลแล้ว)	50	80	7	มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี												
องค์ประกอบ	รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ	รอบที่ 1	รอบที่ 2																						
6	มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ครอบคลุม ร้อยละ (นับเฉพาะพื้นที่ที่ สปสช.โอนงบประมาณไปที่บัญชี กองทุนตำบลแล้ว)	50	80																						
7	มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 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) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 <table><tr><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>ร้อยละ 58.36</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>95</td></tr></table> ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 ข้อ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	2560	2561	2562	2563	2564	ร้อยละ 58.36	60	70	80	95									
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ																					
2560	2561	2562	2563	2564																					
ร้อยละ 58.36	60	70	80	95																					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แพ้ม HDC/ Vision 2020 /โปรแกรมชมรมผู้สูงอายุ/ประเมิน/สำรวจ/																								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																								
ระดับจังหวัด/คปสอ.																									
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ทุกองค์ประกอบ																								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตำบลทั้งหมด																								
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																								
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>1</td><td>ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ</td><td>20</td><td>40</td></tr><tr><td>2</td><td>ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ</td><td>25</td><td>45</td></tr><tr><td>3</td><td>ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ</td><td>30</td><td>50</td></tr><tr><td>4</td><td>ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ</td><td>35</td><td>55</td></tr><tr><td>5</td><td>ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ</td><td>40</td><td>60</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	20	40	2	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	25	45	3	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	30	50	4	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	35	55	5	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	40	60
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																						
1	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	20	40																						
2	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	25	45																						
3	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	30	50																						
4	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	35	55																						
5	ตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ	40	60																						
ระดับ รพ.สต.																									
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 ข้อ</td></tr><tr><td>2</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 ข้อ</td></tr><tr><td>3</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ข้อ</td></tr><tr><td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 ข้อ</td></tr><tr><td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 ข้อ</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 ข้อ	2	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 ข้อ	3	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ข้อ	4	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 ข้อ	5	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 ข้อ												
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																								
1	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 ข้อ																								
2	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 ข้อ																								
3	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ข้อ																								
4	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 ข้อ																								
5	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 ข้อ																								

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	หน่วย วัด		2558	2559	2560
	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์		-	14.50	58.06
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	ลำดับ	อำเภอ/คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	16	5	31.25
	2	ท่าบ่อ	10	10	100.00
	3	โพนพิสัย	11	6	54.55
	4	ศรีเชียงใหม่	4	3	75.00
	5	สังคม	5	2	40.00
	6	สระใคร	3	2	66.67
	7	เผ่าไร่	5	3	60.00
	8	รัตนวาปี	5	3	60.00
	9	โพธิ์ตาก	3	2	66.67
	10	พิสัยเวหา	-	-	
	รวม		62	36	58.06
เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) คู่มือ แนวทางการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care) 3) คู่มือ การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนภา อัสวชนานนท์		โทร. 089-6228848		
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์		โทร. 081-9778442		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123		

มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ 57/-/	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่																																																																																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																											
คำอธิบาย 57/-/	ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ 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 เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คนเภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2561อาจเริ่มต้นที่ 50%) พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี																																																																																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แผนจัดตั้ง PCC จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2559-2561 <table><tr><th rowspan="2">ชื่ออำเภอ</th><th rowspan="2">ประชากร</th><th rowspan="2">เป้าหมาย (ทีม)</th><th rowspan="2">Cluster</th><th colspan="3">แผนจัดตั้ง จำนวนทีม/ปี</th><th rowspan="2">รวม</th></tr><tr><th>59</th><th>60</th><th>61</th></tr><tr><td>เมือง</td><td>156,973</td><td>15</td><td>5</td><td>0</td><td>4</td><td>3</td><td>7</td></tr><tr><td>ท่าบ่อ</td><td>82,194</td><td>9</td><td>3</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>โพนพิสัย</td><td>92,823</td><td>9</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>32,461</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>สังคม</td><td>24,943</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>สระใคร</td><td>24,362</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>เฝ้าไร่</td><td>46,446</td><td>5</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>รัตนวาปี</td><td>36,528</td><td>4</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>14,507</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>รวม</td><td>511,237</td><td>53</td><td>18</td><td>0</td><td>7</td><td>13</td><td></td></tr></table> ที่มา; จากแผนจัดตั้ง PCC จังหวัดหนองคาย ปี 2560-2569	ชื่ออำเภอ	ประชากร	เป้าหมาย (ทีม)	Cluster	แผนจัดตั้ง จำนวนทีม/ปี			รวม	59	60	61	เมือง	156,973	15	5	0	4	3	7	ท่าบ่อ	82,194	9	3	0	2	2	4	โพนพิสัย	92,823	9	3	0	1	2	3	ศรีเชียงใหม่	32,461	3	1	0	0	1	1	สังคม	24,943	3	1	0	0	1	1	สระใคร	24,362	3	1	0	0	1	1	เฝ้าไร่	46,446	5	2	0	0	1	1	รัตนวาปี	36,528	4	1	0	0	1	1	โพธิ์ตาก	14,507	2	1	0	0	1	1	รวม	511,237	53	18	0	7	13	
ชื่ออำเภอ	ประชากร					เป้าหมาย (ทีม)	Cluster	แผนจัดตั้ง จำนวนทีม/ปี			รวม																																																																																	
		59	60	61																																																																																								
เมือง	156,973	15	5	0	4	3	7																																																																																					
ท่าบ่อ	82,194	9	3	0	2	2	4																																																																																					
โพนพิสัย	92,823	9	3	0	1	2	3																																																																																					
ศรีเชียงใหม่	32,461	3	1	0	0	1	1																																																																																					
สังคม	24,943	3	1	0	0	1	1																																																																																					
สระใคร	24,362	3	1	0	0	1	1																																																																																					
เฝ้าไร่	46,446	5	2	0	0	1	1																																																																																					
รัตนวาปี	36,528	4	1	0	0	1	1																																																																																					
โพธิ์ตาก	14,507	2	1	0	0	1	1																																																																																					
รวม	511,237	53	18	0	7	13																																																																																						
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 13 ทีม																																																																																											
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดคลินิกหมอครอบครัวในช่วงวันที่ 1-15 เม.ย.61																																																																																											
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 2:ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม2561																																																																																											
ระดับจังหวัด/คปสอ.	รอบที่ 2:ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม2561																																																																																											
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคลินิกหมอครอบครัวดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ																																																																																											
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเครือข่ายที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิทีมหมอครอบครัวทั้งหมด																																																																																											

สูตรคำนวณ	(A-B)/A x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว	<30%	
	2	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว	30-49%	
	3	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว	50-69%	
	4	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว	70-89%	
	5	พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว	90%	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2558 2559 2560
	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ -เขตเมือง อย่างน้อย 3 ทีม (1 cluster) -เขต รพช. อย่างน้อย 1 ทีม		ทีม ทีม	0 0 4 0 0 3
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน
	1	หนองคาย	4	4
	2	ท่าบ่อ	2	2
	3	โพนพิสัย	1	1
	4	ศรีเชียงใหม่	0	0
	5	สังคม	0	0
	6	สระใคร	0	0
	7	เผ่าไร่	0	0
	8	รัตนวาปี	0	0
	9	โพธิ์ตาก	0	0
	10	พิสัยเวหา	0	0
		รวม	7	7
เอกสารอ้างอิง	คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC , แบบลงทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว			
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก		โทร. 08-9571-1175	
	นางสาวกิริมย์ธีรา โคตรจักร		โทร. 09-8586-7190	
	นายกรวิษญ์ ชัยวัชระ		โทร. 08-9840-0806	
	นายไพรวลัย เทพาพิน		โทร. 08-6457-7853	
	นายกวินภพ พรมนิवास		โทร. 08-3678-4007	
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 58/46/-	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มี คุณภาพ และผลงาน 2 ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย			
หน่วยวัด	ขั้นตอน			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย 58/46/-	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชน เป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทาง กาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม(ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมี ผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือ ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA(รายละเอียดเกณฑ์การ ให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง) อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้า ปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของ แต่ละพื้นที่ ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2561 อย่างน้อย 2 ประเด็น)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)			
เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	50%	60%	70%	80%
วิธีการประเมิน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับ ทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS–PCA โดยผู้เยี่ยม ระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)			

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561			
ระดับจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอ			
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 ระดับจังหวัด			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	คณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพ ระดับ 3 <60%		
	2	คณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพ ระดับ 3 ≥60%		
	3	คณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพ ระดับ 3 ≥70%		
	4	คณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพ ระดับ 3 ≥80%		
	5	คณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพ ระดับ 3 ≥90%		
	รอบที่ 2 ระดับจังหวัด			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	10%	
	2	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	20%	
	3	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	30%	
4	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	40%		
5	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	50%		
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	- มี 1 และ - มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น - มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ รองรับการจัดการประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต	3	2	
3	- มี 1,2 และ - มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน - มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยใช้ UCCARE ค้นข้อมูลการประเมินตนเองในวาระการประชุมคณะกรรมการเพื่อระดมแนวคิดแก้ไขปัญหา - มีแผนการพัฒนาที่สามารถปฏิบัติร่วมกันได้และนำสู่ผลลัพธ์	5	3	

	4	มี 1,2,3 และ ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		4
	5	มี 1,2,3,4 และ ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		5
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
	จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ		จำนวน	2558 2559 2560
เอกสารอ้างอิง	1. (ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย			
ผู้รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบ นายสมพร เจือจันทิก		โทร. 08-9571-1175	
	ผู้รับผิดชอบ นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร		โทร. 09-8586-7190	
	ผู้รับผิดชอบ นายกรวิษฐ์ ชัยวัชร		โทร. 08-9840-0806	
	ผู้รับผิดชอบ นายไพโรจน์ เทพาพิน		โทร. 08-6457-7853	
	ผู้รับผิดชอบ นายกวิณภพ พรหมนิวาส		โทร. 08-3678-4007	
	ชื่อกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 120	

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

UCCARE	ระดับคุณภาพ 1,2,3,4,5				
	1 เริ่มมีแนวทาง	2 เริ่มดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และหรือ ครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น	เป็น Cross functional team ระหว่างฝ่าย / คิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันระหว่างฝ่าย	Fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน (ทั้งแนวราบแนวแนวนอน)	ชุมชนภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นเครือข่ายในทีม
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชน	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชนที่หลากหลาย	นำความต้องการของประชาชนและชุมชนมาปรับปรุงระบบการทำงาน	นำความต้องการของชุมชนมาปรับปรุงระบบงานและมีการขยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้	นำความต้องการของชุมชนเปลี่ยนระบบงานที่ตอบสนองกับภารกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสม

UCCARE	ระดับคุณภาพ 1,2,3,4,5				
	1 เริ่มมีแนวทาง	2 เริ่มดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ
Community Participation	มีแนวทางในการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	เริ่มดำเนินการสร้างการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	ชุมชนเริ่มมีส่วนร่วมคิดในการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นอย่างขยายวงกว้าง	ชุมชนร่วมวางแผนมีแนวทางชัดเจนว่าจะดำเนินการเมื่อไหร่ อย่างไร ใครมีส่วนร่วม	ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
Appreciation & Human Resource	มีแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	เริ่มดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากร	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็น	สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจและรับรู้คุณค่าในงานของตนเอง
Resource Sharing	มีแนวทาง / วิธีการในการสนับสนุนการใช้ทรัพยากรและแนวทางของระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิ	เริ่มมีการวางแผนร่วมกันในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการนำข้อมูลจากทุกหน่วยงานมาทำแผนและมีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามพันธกิจขององค์กร	มีการทบทวนและปรับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม/ อย่างมีเงื่อนไข (ปรับเปลี่ยนทรัพยากร)	มีการใช้ทรัพยากรโดยยึด mission ขององค์กร (ไม่มีกำแพงกัน) และ/หรือมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน
Essential Care	เริ่มมีแนวทางในการจัดบริการตามบริบท ตามความต้องการของชุมชน	มีการดำเนินการในบางส่วน	มีการขยายการดำเนินงานในส่วนอื่นๆ	มีการนำความต้องการของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ มาปรับปรุงกระบวนการ	ชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมายมีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันตามบริบท

ตัวชี้วัดที่ 59/47/28	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด											
หน่วยวัด	ร้อยละ											
น้ำหนัก	ร้อยละ											
คำอธิบาย 59/47/28	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) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด 4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 3 (100%) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข - ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ปีงบประมาณ 2561 ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุขและประชากรจาก 43 แห่งของแต่ละจังหวัด/อำเภอ/ตำบล											
เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ร้อยละ 55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td></tr></table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 55	60	65	70
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 55	60	65	70									

เป้าหมายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) จังหวัดหนองคาย ปี 2561					
ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย(ตำบลละ 80 ครอบครัว(คน))			
		กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง CKD	กลุ่มครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง LTC	กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD	รวมเป้าหมาย
1	เมืองหนองคาย	602	จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2561	จากฐานข้อมูล HDC	1,280
2	ท่าบ่อ	338			800
3	โพนพิสัย	471			880
4	ศรีเชียงใหม่	265			320
5	สังคม	251			400
6	สระใคร	110			240
7	เผ่าไร่	241			400
8	รัตนวาปี	278			400
9	โพธิ์ตาก	181			240
รวม		2,737	จากเป้าหมายการจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ปีงบประมาณ 2561	จากฐานข้อมูล HDC	4,960

วิธีการประเมินผล

การประเมินผลครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

**** ประเมินโดย จังหวัด เขต และส่วนกลางด้วยวิธีการ 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

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง	20	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลดเนื้อ ดื่มน้ำเปล่า	10
2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด	10
3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	10
		4.บำรุงรักษาจิตใจ	10
รวม	60	รวม	40

รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ธ.ค.-มี.ค. 61 รอบที่ 2 ก.ค.-ส.ค. 62																						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด																						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมายที่มี อสค.																						
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100																						
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																					
ระดับจังหวัด	1	อสค.เป้าหมายได้รับการอบรม ตามเป้าหมาย (ตามจำนวนข้อมูลผู้ป่วย CKD stage 3 LTC NCDs จากฐานข้อมูลHDC)																					
ระดับอำเภอ	2	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 40																					
ระดับตำบล	3	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 45																					
	4	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50																					
	5	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 55																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td><td>จำนวน</td><td>-</td><td>3,100</td><td>4,584</td></tr><tr><td>2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>86.82</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	จำนวน	-	3,100	4,584	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	86.82
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																					
		2558	2559	2560																			
1. จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	จำนวน	-	3,100	4,584																			
2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	86.82																			
	ข้อมูลผลการดำเนินงาน ปี 2560																						
	ลำดับ	อำเภอ	การพัฒนา อสค. เป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง เป้าหมาย (30%)	ผลงาน ร้อยละ																	
	1	เมืองหนองคาย	1,158	100	356	310 87.08																	
	2	ท่าบ่อ	716	100	150	95 63.33																	
	3	โพนพิสัย	871	100	261	196 75.10																	
	4	ศรีเชียงใหม่	315	100	174	158 90.80																	
	5	สังคม	259	100	75	75 100																	
	6	สระใคร	239	100	63	63 100.00																	
	7	เผ่าไร่	500	100	151	151 100.00																	
	8	รัตนวาปี	349	100	365	329 90.14																	
	9	โพธิ์ตาก	150	100	40	40 100.00																	
	รวม		4,584	100	1,616	1,403 86.82																	
เอกสารอ้างอิง	1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 2. หลักสูตร อสค. 3. คู่มือ อสค. 4. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว 5. โปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. และโปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค. 6. แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. ผ่านระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชนwww.thaiphc.net) หมายเหตุ เอกสารหมายเลข 1, 2 และ 3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดส่งให้แต่ละจังหวัดตามจำนวนเป้าหมาย อสค. (คู่มือ อสค.) ตามจำนวนสถานบริการสุขภาพ (หลักสูตรและแนวทางการดำเนินงาน อสค.) นอกจากนี้ทุกพื้นที่สามารถดาวน์โหลดผ่านทางเว็บไซต์ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน http://phc.moph.go.th/																						
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย งานสุขภาพภาคประชาชน			โทร. 089-5711175 โทร. 081-9547617 โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120																			

ตัวชี้วัดที่ 60/48/-	จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 18 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	
หน่วยวัด	ขั้นตอน	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย 60/48/-	1. โรงพยาบาลจัดบริการระดับทุติยภูมิเชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับหมายถึงโรงพยาบาลทุกระดับ 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-เผ่าไร่-รัตนวาปี มี รพ.โพนพิสัย (F1)เป็นแม่ข่ายหลัก 2. ผลงาน Service Plan 18 สาขา ประกอบด้วย 1. NCDs 2. RDU 3. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 4. New born 5. Palliative care 6. แพทย์แผนไทย 7. สุขภาพจิตและจิตเวชและยาเสพติด 8. 5 สาขาหลัก (สูติ ศัลย์ เมด เด็ก ออร์โธ) 9. โรคหัวใจ 10. โรคมะเร็ง 11. ไต 12. ตา 13. ปลุกถ่ายอวัยวะ 14. Intermediate care 15. One day surgery 16. Minimally Invasive Surgery) 17. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ 18. สาขาสุขภาพช่องปาก	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพท/รพช/สสอ./รพ.สต./ศสม./PCU ทุกแห่ง	
เป้าหมาย	จังหวัด = ร้อยละ 80 คปสอ. = รอบที่ 1 ประเมิน 3 ระดับ รอบที่ 2 ประเมิน 5 ระดับ	
วิธีการประเมิน	การรายงาน/ประเมินโดยทีมจังหวัด.	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561	
ระดับจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จ	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทุกแห่ง	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 40
	2	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 50
	3	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 60
	4	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 70
	5	ร้อยละโรงพยาบาลจัดเครือข่ายบริการได้สำเร็จร้อยละ 80
ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ระดับ รอบที่ 2 ประเมิน 5 ระดับ	

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																									
	ขั้นตอน																																																																																									
	1	1. โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ศักยภาพการให้บริการประชาชน 2. มีคำสั่งผู้รับผิดชอบ 3. มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดเป้าหมาย																																																																																								
	2	มี 1 และ 1. โรงพยาบาลภายในเครือข่ายมีการวิเคราะห์ศักยภาพการจัดบริการแก่ประชาชนร่วมกันและพิจารณาระบบส่งต่อที่เกินศักยภาพ 2. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระดับเครือข่ายที่เชื่อมโยงภายในเครือข่าย 3. มีรายงานการประชุมร่วมกันภายในเครือข่าย เพื่อร่วมกันพิจารณาจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงทุกระดับตามศักยภาพของหน่วยบริการ 4. คณะกรรมการมีการทบทวนตัวชี้วัดเป้าหมายร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนให้ผ่านเกณฑ์ร่วมกัน																																																																																								
	3	มี 1,2 และ 1. มีแนวทางการจัดระบบบริการร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น การสนับสนุนเครือข่ายจัดบริการที่รองรับระบบบริการภายในเครือข่าย และระบบส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ 2. คณะกรรมการมีการทบทวนตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาร่วมกันภายในเครือข่าย																																																																																								
	4	มี 1,2,3 และ ผลลัพธ์ SP 18 KPI ผ่านเกณฑ์ ≤60%																																																																																								
5	มี 1,2,3,4 และ ผลลัพธ์ SP 18 KPI ผ่านเกณฑ์ > 60%																																																																																									
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																																						
				2558	2559	2560																																																																																				
จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan 18 สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย		ร้อยละ	NA	NA	80%																																																																																					
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560																																																																																										
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td colspan="4">ผลงาน</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวท</td><td>5 ขั้นตอน</td><td colspan="4">4 ขั้นตอน</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>รวม</td><td colspan="4">5 ขั้นตอน</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน				1	หนองคาย	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				5	สังคม	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				6	สระใคร	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน				10	พิสัยเวท	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน						รวม	5 ขั้นตอน			
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน																																																																																							
1	หนองคาย	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
5	สังคม	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
6	สระใคร	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
10	พิสัยเวท	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน																																																																																							
		รวม	5 ขั้นตอน																																																																																							
เอกสารอ้างอิง	เอกสารคำสั่ง/แนวทางระดับหน่วยบริการ, รายงานผลงานตามตัวชี้วัด Service Plan																																																																																									
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร			โทร. 09-8586-7190																																																																																						
	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 08-9571-1175																																																																																						
	นายไพโรจน์ เทพาพิน			โทร. 08-6457-7853																																																																																						
	นายกวินภพ พรหมนิवास			โทร. 08-3678-4007																																																																																						
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120																																																																																						

ตัวชี้วัดที่ 61/49/29	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																																																																										
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																										
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																										
คำอธิบาย 61/49/29	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><th></th><th></th></tr> <tr> <td rowspan="2">G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)</td><td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พิกัดมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</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 โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</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">NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย - ผ่านระดับพื้นฐาน 16 ข้อ : รพ.เฝ้าไร่ และ รพ.สระใคร - ผ่านระดับขึ้นไปตามแบบสำรวจโรงครัวของโรงพยาบาล (สรพ.7) : รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.โพนพิสัย, รพ.สังคม, รพ.พิสัยเวหา</td><td>✓</td><td>×</td></tr> <tr> <td>9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยระดับพื้นฐาน 16 ข้อ และ ได้รับใบอนุญาตจาก อบท.ในพื้นที่ : รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ</td><td>✓</td><td>×</td></tr> <tr> <td>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <th colspan="2">ระดับดี</th><th></th><th></th></tr> <tr> <td colspan="2">11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : ขยะอันตราย</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><th></th><th></th></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> </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	✓	✓	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พิกัดมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓	R: RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓	E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓	E: ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓	NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย - ผ่านระดับพื้นฐาน 16 ข้อ : รพ.เฝ้าไร่ และ รพ.สระใคร - ผ่านระดับขึ้นไปตามแบบสำรวจโรงครัวของโรงพยาบาล (สรพ.7) : รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.โพนพิสัย, รพ.สังคม, รพ.พิสัยเวหา	✓	×	9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยระดับพื้นฐาน 16 ข้อ และ ได้รับใบอนุญาตจาก อบท.ในพื้นที่ : รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ	✓	×	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	✓	✓	ระดับดี				11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : ขยะอันตราย		✓	✓	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)		✓	✓	ระดับดีมาก				13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน		✓	✓	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community		✓	✓
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	✓	✓																																																																								
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พิกัดมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓																																																																								
R: RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓																																																																								
E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓																																																																								
E: ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓																																																																								
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓																																																																								
NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย - ผ่านระดับพื้นฐาน 16 ข้อ : รพ.เฝ้าไร่ และ รพ.สระใคร - ผ่านระดับขึ้นไปตามแบบสำรวจโรงครัวของโรงพยาบาล (สรพ.7) : รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.โพนพิสัย, รพ.สังคม, รพ.พิสัยเวหา	✓	×																																																																								
	9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยระดับพื้นฐาน 16 ข้อ และ ได้รับใบอนุญาตจาก อบท.ในพื้นที่ : รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ	✓	×																																																																								
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	✓	✓																																																																								
ระดับดี																																																																											
11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : ขยะอันตราย		✓	✓																																																																								
12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)		✓	✓																																																																								
ระดับดีมาก																																																																											
13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน		✓	✓																																																																								
14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community		✓	✓																																																																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล																																																																										
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 1. ร้อยละ 50 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 2. ร้อยละ 20 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ระดับ คปสอ. : 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 2. ร้อยละ 50 ของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ระดับ รพ.สต. : รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป																																																																										

วิธีการประเมิน	ประเมินโดยทีมประเมินระดับจังหวัด			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561			
ระดับจังหวัด	1. ร้อยละ 50 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป		2. ร้อยละ 20 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป		A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	(A x 100/B)		(A x 100/B)	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1.ระดับดีขึ้นไป	2.ระดับดีมาก
	1	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 10	ร้อยละ <5
	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 5
	3	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 10
	4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 45	ร้อยละ 15
	5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 20
ระดับ คปสอ.				
เป้าหมายที่ 1	รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป			
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐาน		
	2	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐาน + ระดับดี 1 ข้อ		
	3	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี		
	4	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี + ระดับดีมาก 1 ข้อ		
	5	รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีมาก		
เป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 ของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	(A x 100/B)			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30
	2	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 25	ร้อยละ 35
	3	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
	4	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 35	ร้อยละ 45
	5	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
ระดับ รพ.สต.	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	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		

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด					ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
						2558	2559	2560
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital					ร้อยละ	-	30.95
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560							
	ลำดับ	คปสอ.	สสอ.	ผ่าน ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	รพ.	ผ่าน ระดับ	รวมผ่านระดับ พื้นฐานขึ้นไป
	1	หนองคาย	17	3	17.65	1	พื้นฐาน	4
	2	ท่าบ่อ	10	2	20.00	1	ดีมาก	3
	3	โพนพิสัย	15	2	13.33	1	พื้นฐาน	3
	4	ศรีเชียงใหม่	6	2	33.33	1	พื้นฐาน	3
	5	สังคม	5	1	20.00	1	พื้นฐาน	2
	6	สระใคร	3	1	33.33	1	พื้นฐาน	2
	7	เผ่าไร่	7	1	14.29	1	พื้นฐาน	2
	8	รัตนวาปี	6	2	33.33	1	พื้นฐาน	3
	9	โพธิ์ตาก	5	2	40.00	1	พื้นฐาน	3
	10	พิสัยเวส	-	-	-	1	พื้นฐาน	1
		รวม	74	16	21.62	10	10	26
								30.95
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือแนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นสารเคมี 4. คู่มือการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล 5. แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital							
ผู้รับผิดชอบ	นายบุญเลิศ มาตรนาคุณ					โทร. 091-8617640		
	นายไชยวุฒิ ชัยชมภู					โทร. 087-4256625		
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย					โทร. 042-421438, 042-422923, 042-413354 ต่อ 103		

มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 62/50/-	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 62/50/-	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของ โรงพยาบาล เพื่อให้บรรลุเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง(CFO) และคณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง(FAI) ในการบริหารจัดการ พัฒนาประสิทธิภาพและเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลและคณะกรรมการมีการประชุมและวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง เดือนละ 1 ครั้ง ภายใต้ประเด็นดังต่อไปนี้ (1) สถานะสมดุลของรายรับรายจ่ายเงินบำรุง (เปรียบเทียบผลการกำกับติดตามการดำเนินงานกับแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย) (2) ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ได้แก่ ค่าตอบแทนประเภทต่างๆ (3) ผลการวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดทางการเงิน 7 ตัว,FAI,HGRและUnit Cost (4) รายงานการประชุม เพื่อเสนอแนวทาง/แผนการปรับปรุงและแก้ไข/ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 มีแผนประมาณการรายได้-รายจ่าย และแผนเงินบำรุงที่สอดคล้องกับนโยบายเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (เพิ่มรายได้-ลดรายจ่าย+ไม่ลงทุนเกิน20%EBITDA) ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินงานตามมาตรการในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงาน ดังนี้ - จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้,มีคณะกรรมการรับผิดชอบ,มีเครื่องมือ/กระบวนการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานและรายงานผลดำเนินงานทุกกองทุน/ทุกเดือน - ควบคุมค่าใช้จ่ายในหมวดต่างๆและต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ - มีระบบติดตามการดำเนินงาน เช่น ระบบรายงานการรับรู้ลูกหนี้/เจ้าหนี้ที่ได้มาตรฐาน ระบบรายงานการจ่าย มีการส่งบทดลองและข้อมูลบริการสุขภาพทันตามกำหนด ตามรอบส่งข้อมูล กรณีมีภาวะวิกฤติการเงินการคลัง ต้องมีแผนปรับปรุงพัฒนา และรายงานผลการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังตามประเด็นที่เฝ้าระวัง - มีการรายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน และข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน ขั้นตอนที่ 4 ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน : ผ่านเกณฑ์เฝ้าระวังประสิทธิภาพในด้านการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติการเงินการคลัง ระดับ 7 เกณฑ์เฝ้าระวัง 1) ส่งบทดลองภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป 2) คะแนนคุณภาพรายงานการเงินอิเล็กทรอนิกส์ (แม่ข่าย 100 ลูกข่าย 50 คะแนน) 3) Current Ratio ≥ 1.5 4) Quick Ratio ≥ 1.0 5) Cash Ratio ≥ 0.8 6) ทุนสำรองสุทธิ (Net working Capital) ไม่ติดลบ 7) ผลประกอบการไม่ขาดทุน Net Income (รายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) 8) จัดเก็บรายได้ ได้ตามแผนประมาณการ (planfin) 9) ควบคุมค่าใช้จ่าย ได้ตามแผนประมาณการ (planfin) 10) คะแนน FAI ในช่วงเวลาที่ประเมิน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ หมายถึง รพท. รพร.และ รพช. ใน จังหวัดหนองคาย รวม 9 แห่ง					
เป้าหมาย	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 100 และไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7					
วิธีการประเมิน	ประเมินกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอน และผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมิน					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561					
ระดับ จังหวัด	ร้อยละ 100 หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 100 และไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ร้อยละ 60				
	2	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ร้อยละ 70				
	3	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ร้อยละ 80				
	4	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ร้อยละ 90				
	5	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ร้อยละ 100				
ระดับ คปสอ.	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ร้อยละ 100					
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังที่ผ่านการประเมิน					
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังทั้งหมด (10 คะแนน)					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 60				
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 70				
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 80				
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 90				
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 100				
	** หมายเหตุ อย่างน้อยต้องผ่านกระบวนการที่ 1-2 และ หากติดวิกฤติระดับ 7 หักลบ 1 คะแนน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (Financial Administration Index :FAI) ≥ ร้อยละ 80		ร้อยละ	83.33	83.33	66.67
	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (≤ ร้อยละ 6)		ร้อยละ	11.11	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 วุฒิเบิก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (planfin/แผนเงินบำรุง)	โทร. 088-5639863
	นางเกษศิริ เจือจันทิก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (FAI,unit cost)	โทร. 089-6786956
	นางใจทิพ ดาวภักคันธ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ศูนย์จัดเก็บรายได้)	โทร. 089-7116536
	นางชญาภา อุปดิษฐ์ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลกร (CFO จังหวัด)	โทร. 097-9245469
	นางอมร ระวีวรรณ งานตรวจสอบภายใน	โทร. 089-7126466
	นางอุดมศรี แสงสว่าง งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)	โทร. 081-9650748
	น.ส.จิณณภัค หิระเดช งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)	โทร. 086-9162019
	นางอัจฉริยา วรเสนีย์ งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)	โทร. 088-5733263

ตัวชี้วัดที่ 63/51/30	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป																																																																																																																																																																																																																							
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																							
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																							
คำอธิบาย 63/51/30	หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างระดับโรงพยาบาล 1. การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 2. การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 15 ของเดือน 3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 15 ของเดือน 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>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>1.2 การบันทึกบัญชีต้องเป็นไปตามนโยบาย</td><td>19</td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td>38</td></tr><tr><td>1.3 ตรวจสอบยอดคงเหลือเงินฝากธนาคารนอกเงินงบประมาณ-รอกการจัดสรร</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชีเงินฝากธนาคาร</td><td>2</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td>4</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>14</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี</td><td>14</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้</td><td>14</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้</td><td>42</td><td>42</td><td></td><td></td><td></td><td>84</td><td>84</td></tr><tr><td>2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้</td><td>13</td><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td>26</td></tr><tr><td>2.7 ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ในCUP ต้องเป็นศูนย์</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>3. วัสดุคงเหลือ</td><td>6</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td>12</td></tr><tr><td>4. ที่ดิน (ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์</td><td>3</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>6</td></tr><tr><td>5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ</td><td>11</td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td>22</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>14</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>6.2 Electronic File</td><td>14</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>28</td></tr><tr><td>7. ค่าใช้จ่าย</td><td>5</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td>10</td></tr><tr><td>8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองมีค่าสุทธิไม่ผิดด้าน</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>9. เอกสารการลงบัญชี</td><td>2</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>ผลรวมคะแนน 179 ข้อ</td><td>179</td><td>179</td><td></td><td></td><td></td><td>358</td><td>358</td></tr><tr><td>รวมคะแนนทั้งหมด</td><td>179</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>N=n1+n2+n3</td><td rowspan="2">100</td></tr><tr><td>คิดเป็นร้อยละ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>358</td><td>358คะแนน=100%</td></tr></table>	รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1	N2	N3	Free	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	1.เงินสดและเงินฝากธนาคาร								1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1	1				2	2	1.2 การบันทึกบัญชีต้องเป็นไปตามนโยบาย	19	19				38	38	1.3 ตรวจสอบยอดคงเหลือเงินฝากธนาคารนอกเงินงบประมาณ-รอกการจัดสรร	1	1				2	2	1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชีเงินฝากธนาคาร	2	2				4	4	2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น								2.1 Electronic File	14	14				28	28	2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	14				28	28	2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14	14				28	28	2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1	1				2	2	2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	42	42				84	84	2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้	13	13				26	26	2.7 ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ	1	1				2	2	2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ในCUP ต้องเป็นศูนย์	1	1				2	2	3. วัสดุคงเหลือ	6	6				12	12	4. ที่ดิน (ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์	3	3				6	6	5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ	11	11				22	22	6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น								6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	14				28	28	6.2 Electronic File	14	14				28	28	7. ค่าใช้จ่าย	5	5				10	10	8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองมีค่าสุทธิไม่ผิดด้าน	1	1				2	2	9. เอกสารการลงบัญชี	2	2				4	4	ผลรวมคะแนน 179 ข้อ	179	179				358	358	รวมคะแนนทั้งหมด	179				0	N=n1+n2+n3	100	คิดเป็นร้อยละ					358	358คะแนน=100%
รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1	N2	N3	Free	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้																																																																																																																																																																																																																	
1.เงินสดและเงินฝากธนาคาร																																																																																																																																																																																																																								
1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1	1				2	2																																																																																																																																																																																																																	
1.2 การบันทึกบัญชีต้องเป็นไปตามนโยบาย	19	19				38	38																																																																																																																																																																																																																	
1.3 ตรวจสอบยอดคงเหลือเงินฝากธนาคารนอกเงินงบประมาณ-รอกการจัดสรร	1	1				2	2																																																																																																																																																																																																																	
1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชีเงินฝากธนาคาร	2	2				4	4																																																																																																																																																																																																																	
2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น																																																																																																																																																																																																																								
2.1 Electronic File	14	14				28	28																																																																																																																																																																																																																	
2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	14				28	28																																																																																																																																																																																																																	
2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14	14				28	28																																																																																																																																																																																																																	
2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1	1				2	2																																																																																																																																																																																																																	
2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	42	42				84	84																																																																																																																																																																																																																	
2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้	13	13				26	26																																																																																																																																																																																																																	
2.7 ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ	1	1				2	2																																																																																																																																																																																																																	
2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ในCUP ต้องเป็นศูนย์	1	1				2	2																																																																																																																																																																																																																	
3. วัสดุคงเหลือ	6	6				12	12																																																																																																																																																																																																																	
4. ที่ดิน (ถ้ามี) อาคารและครุภัณฑ์	3	3				6	6																																																																																																																																																																																																																	
5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่นๆ	11	11				22	22																																																																																																																																																																																																																	
6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น																																																																																																																																																																																																																								
6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14	14				28	28																																																																																																																																																																																																																	
6.2 Electronic File	14	14				28	28																																																																																																																																																																																																																	
7. ค่าใช้จ่าย	5	5				10	10																																																																																																																																																																																																																	
8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองมีค่าสุทธิไม่ผิดด้าน	1	1				2	2																																																																																																																																																																																																																	
9. เอกสารการลงบัญชี	2	2				4	4																																																																																																																																																																																																																	
ผลรวมคะแนน 179 ข้อ	179	179				358	358																																																																																																																																																																																																																	
รวมคะแนนทั้งหมด	179				0	N=n1+n2+n3	100																																																																																																																																																																																																																	
คิดเป็นร้อยละ					358	358คะแนน=100%																																																																																																																																																																																																																		

โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนดิบ	ผล	คะแนน	ช่วงคะแนน
90 - 100	ดีมาก	5	คะแนนดิบ 322 - 358
80 - 89.99	ดี	4	คะแนนดิบ 285 - 321
70 - 79.99	พอใช้	3	คะแนนดิบ 249 - 284
60 - 69.99	ปรับปรุง	2	คะแนนดิบ 213 - 248
0 - 59.99	ปรับปรุง	1	คะแนนดิบ 0 - 212

หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ สสอ.

- การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย
(1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท
- การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 20 ของเดือน
- ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 20 ของเดือน

แบบฟอร์มการให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชี สาธารณสุขอำเภอ

รายการตรวจสอบ	คะแนน	คะแนนที่ได้
1. งบทดลอง	1	
2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1	
3. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	1	
4. รายงานวัสดุคงคลัง	1	
5. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร	1	
6. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร	1	
7. ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก	1	
8. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม/สัญญาเช่า	1	
9. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณ	1	
10. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา hfo.cfo.in.th	1	
ผลรวม	10	0

หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ รพ.สต.

- การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย
(1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท
- มีการประชุมร่วมกับแม่ข่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นประจำทุกเดือน
- ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 20 ของทุกเดือน

	แบบฟอร์มการให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชี รพ.สต.		
	รายการตรวจสอบ	คะแนน	คะแนนที่ได้
	1. งบทดลอง	1	
	2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (407)	1	
	3. สมุดเงินสด	1	
	4. บัญชีแยกประเภท/เงินฝากธนาคาร Print MPI	1	
	5. รายงานวัสดุคงคลัง	1	
	6. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร	1	
	7. ทะเบียนคุมเงินนอกงบประมาณ	1	
	8. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ถาวร	1	
	9. ทะเบียนคุมเงินยืม/สัญญาเช่า	1	
	10. ส่งงบทดลองทันเวลา hfo.cfo.in.th	1	
รวมคะแนน 10 ข้อ		10	0
สสอ./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. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 100		
วิธีการประเมิน	1. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัด 2. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับเขต		
ระยะเวลาประเมินผล	สสอ./รพ.สต. : ข้อมูลประจำเดือน มกราคม 2561,มิถุนายน 2561 โรงพยาบาลทุกแห่ง : ข้อมูลประจำเดือน มกราคม 2561, ข้อมูลประจำเดือน พฤษภาคม 2561		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป		
รายการข้อมูล2	B : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง		
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัดระดับ 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	

	4.2.2 การบันทึกบัญชีชั้นปลาย (1) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (2) การจัดทำรายงานงบการเงิน (3) ทะเบียนคุมทุกประเภท 4.3 ระดับโรงพยาบาล 4.3.1 แบบประเมินคุณภาพบัญชีของเขตสุขภาพที่ 8	
ผู้รับผิดชอบ	นางอุดมศรี แสงสว่าง	08 6855 7922
	นางสาวจิณณภัค หิระเดช	08 2310 8292
	นางอัจฉริยา วรเสนีย์	08 8573 3263
	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป	0 4241 3233

ตัวชี้วัดที่ 64/52/-	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity & transparency Assessment)
หน่วยวัด	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์)
คำอธิบาย 64/52/-	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมินดังกล่าวได้จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐและประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ความพร้อมรับผิด(Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ 3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐและจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based)บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน(Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) การปลูกจิตสำนึก คือ สร้างจิตสำนึก ปรับฐานความคิดด้านการต่อต้านการทุจริตที่ตัวบุคคล สร้างพลังคุณธรรมขับเคลื่อนสังคม (2) การป้องกัน คือ สร้างระบบคุณธรรมและยกระดับความ โปร่งใสในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง (3) การปราบปราม คือ การปรับปรุง กฎระเบียบที่เอื้อต่อการทุจริตและปิดช่องโหว่ กำหนดมาตรการลงโทษผู้กระทำความผิดอย่าง รวดเร็วและเป็นธรรม (4) การสร้างเครือข่าย คือ การสร้างเครือข่ายการต่อต้านการทุจริตของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนแม่บทการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560–2564)กำหนดยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ.2560– 2564) แผนแม่บทบูรณาการป้องกัน ปราบปราม

	การทุจริตและประพฤติมิชอบ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560- พ.ศ.2579) ที่เชื่อมโยงไปสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564) และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560- พ.ศ.2579) ที่กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และมีหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นหลักการพื้นฐานของแผนแม่บทการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี(พ.ศ.2560- 2564) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “กระทรวงสาธารณสุขใสสะอาด ร่วมต้านทุจริต” ด้วยการสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริตยกระดับธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการแบบบูรณาการ ปฏิรูปกระบวนการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งระบบให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกัน ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีความโปร่งใส (CPI) ให้สูงขึ้น จึงกำหนดให้หน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลหนองคาย 2. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของหน่วยงานมีผลคะแนนตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน ดังนี้ 1. ประเมินระดับ คปสอ. ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในอำเภอนั้นๆ ให้ถือเป็น 1 หน่วยการประเมิน โดยทำการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) แยกแต่ละหน่วยประกอบด้วย (1) โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน (2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แล้วนำผลคะแนนของทั้ง 2 หน่วย มาร่วมกันเพื่อวัดระดับร้อยละการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส 2. รอบการประเมิน <u>รอบการประเมินครั้งที่ 1</u> 1.1 เดือนกุมภาพันธ์ 2561 (1) ทุกหน่วยส่งหลักฐานประกอบการประเมิน (แบบ EB1 - EB6) ภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561 1.2 เดือนมีนาคม 2561 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐาน (2) แจ้งผลการประเมิน (3) หน่วยงาน/หน่วยบริการเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่ออุทธรณ์คะแนนการประเมิน ในรอบการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 1

	รอบการประเมินครั้งที่ 2 2.1 เดือนกรกฎาคม 2561 (1) ทุกหน่วยส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB11) ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2561 2.2 เดือนสิงหาคม 2561 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐาน (2) แจ้งผลการประเมิน (3) หน่วยงาน/หน่วยบริการเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่ออุทธรณ์คะแนนการประเมิน ในรอบการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 2																																																														
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ในเดือนกุมภาพันธ์ 2561 (1) ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB6) รอบที่ 2 : ในเดือนกรกฎาคม 2561 (1) ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB11)																																																														
ระดับจังหวัด/คปสอ.																																																															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่มีคะแนนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในระดับไม่น้อยกว่าร้อยละ 90																																																														
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด																																																														
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																																																														
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><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></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																																																														
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><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></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.)																																																														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">ระดับการวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ (ประเมินหลักเชิงประจักษ์)</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>1. สสจ.หนองคาย</td><td>%</td><td>73.10</td><td>86.90</td><td>93.94</td></tr><tr><td>2. คปสอ.สังคม</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr><tr><td>3. คปสอ.ศรีเชียงใหม่</td><td></td><td></td><td></td><td>51.52</td></tr><tr><td>4. คปสอ.โพนพิสัย</td><td></td><td></td><td></td><td>69.70</td></tr><tr><td>5. คปสอ.ท่าบ่อ</td><td></td><td></td><td></td><td>87.88</td></tr><tr><td>6. คปสอ.เมืองหนองคาย</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr><tr><td>7. คปสอ.สระใคร</td><td></td><td></td><td></td><td>84.85</td></tr><tr><td>8. คปสอ.โพนพิสัย</td><td></td><td></td><td></td><td>87.88</td></tr><tr><td>9. คปสอ.เผ่าไร่</td><td></td><td></td><td></td><td>80.30</td></tr><tr><td>10. คปสอ.รัตนวาปี</td><td></td><td></td><td></td><td>72.73</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ระดับการวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ (ประเมินหลักเชิงประจักษ์)			2558	2559	2560	1. สสจ.หนองคาย	%	73.10	86.90	93.94	2. คปสอ.สังคม				0	3. คปสอ.ศรีเชียงใหม่				51.52	4. คปสอ.โพนพิสัย				69.70	5. คปสอ.ท่าบ่อ				87.88	6. คปสอ.เมืองหนองคาย				0	7. คปสอ.สระใคร				84.85	8. คปสอ.โพนพิสัย				87.88	9. คปสอ.เผ่าไร่				80.30	10. คปสอ.รัตนวาปี				72.73
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ระดับการวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ (ประเมินหลักเชิงประจักษ์)																																																													
		2558	2559	2560																																																											
1. สสจ.หนองคาย	%	73.10	86.90	93.94																																																											
2. คปสอ.สังคม				0																																																											
3. คปสอ.ศรีเชียงใหม่				51.52																																																											
4. คปสอ.โพนพิสัย				69.70																																																											
5. คปสอ.ท่าบ่อ				87.88																																																											
6. คปสอ.เมืองหนองคาย				0																																																											
7. คปสอ.สระใคร				84.85																																																											
8. คปสอ.โพนพิสัย				87.88																																																											
9. คปสอ.เผ่าไร่				80.30																																																											
10. คปสอ.รัตนวาปี				72.73																																																											

เอกสารอ้างอิง	หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ตามแบบประเมิน EB1 – EB11 มีหัวข้อการประเมิน ดังนี้ EB1 หน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามภารกิจหลักของหน่วยงานอย่างไร EB2 หน่วยงานของท่านมีการปฏิบัติงานตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักอย่างไร EB3 หน่วยงานของท่านมีการปฏิบัติงาน/การบริการตามภารกิจหลักด้วยความเป็นธรรมอย่างไร EB4 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างด้วยความโปร่งใสอย่างไร EB5 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลผลการจัดซื้อจัดจ้างแต่ละโครงการให้สาธารณชนรับทราบอย่างไร EB6 หน่วยงานของท่านมีการวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างอย่างไร EB7 หน่วยงานของท่านมีช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลของหน่วยงานอย่างไร EB8 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการปฏิบัติงาน/การให้บริการอย่างไร EB9 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในหน่วยงานอย่างไร EB10 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในหน่วยงานอย่างไร EB11 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านมีการรวมกลุ่มเพื่อตรวจสอบการบริหารงานในหน่วยงานอย่างไร	
ผู้รับผิดชอบ	1) นายสุภาพ โพนสิงห์ 2) นายเกียรติศักดิ์ คำอุ่น 3) ผู้ประเมิน ITA ระดับจังหวัด	โทร. 08 1768 1346 โทร. 08 9708 8301
	กลุ่มงานนิติการ	โทร. 0 4241 3064

ตัวชี้วัดที่ 65/53/-	ร้อยละของการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย 65/53/-	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา หมายถึง การจัดซื้อระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อให้เน้นรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อราคาาร่วมในรูปแบบคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต เวชภัณฑ์ฯ หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุเอกซเรย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง			
เป้าหมาย	ร้อยละ 25			
วิธีการประเมิน	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน แยกประเภทจัดซื้อเองและจัดซื้อร่วม ในระบบรายงานของสำนักบริหารการสาธารณสุข (http://phddb.moph.go.th/hssd1/)			
ระยะเวลาประเมินผล	ข้อมูลไตรมาส 1 : ภายในวันที่ 15 มกราคม 2561 ข้อมูลไตรมาส 2 : ภายในวันที่ 15 เมษายน 2561 ข้อมูลไตรมาส 3 : ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2561 ข้อมูลไตรมาส 4 : ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561 <u>หมายเหตุ</u> การประเมินผลรอบที่ 1 ใช้ข้อมูลไตรมาส 1 การประเมินผลรอบที่ 2 ใช้ข้อมูลไตรมาส 1-3			
รายการข้อมูล 1	A : มูลค่าการจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 2	B : มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 21		
	2	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 22		
	3	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 23		
	4	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 24		
	5	การจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงาน มากกว่า ร้อยละ 25		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2558 2559 2560
	ร้อยละของการจัดซื้อของยา และ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ทั่วไป วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ วัสดุทันตกรรม) ของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย (ข้อมูลแยกรายวัสดุ)			35.24 40.22 39.25 (3 ไตรมาส)
	- ยา			37.05 43.75 41.94
	- วัสดุการแพทย์ทั่วไป			22.37 30.81 31.27
	- วัสดุเอกซเรย์			39.42 58.88 73.13

	- วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์		32.77	45.66	47.73
	- วัสดุทันตกรรม		24.83	25.55	28.53
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2558	2559
					2560
	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา และ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วัสดุการแพทย์ทั่วไป วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ วัสดุทันตกรรม) ของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย (ข้อมูลแยกรายโรงพยาบาล)			35.24	40.22
					39.25 (3ไตรมาส)
	- โรงพยาบาลหนองคาย		33.61	37.76	36.51
	- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ		33.70	47.00	42.25
	- โรงพยาบาลโพนพิสัย		40.74	32.52	34.73
	- โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่		46.59	47.02	45.89
	- โรงพยาบาลสังคม		46.48	43.18	52.15
	- โรงพยาบาลสระใคร		50.60	42.54	47.15
	- โรงพยาบาลเฝ้าไร่		-	28.66	56.92
เอกสารอ้างอิง	แบบรายงานข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561				
ผู้รับผิดชอบ	1. ภก. ไพรัตน์ ประทุมทอง		โทร. 081-8713114		
	2. ภญ. ปิยะมาศ ปรีชาภูก		โทร. 083-2906287		
	3. ภญ. มนสิชา บุรณะบุญดี		โทร. 091-0639982		
	งานพัฒนางานเภสัชกรรมและระบบบริหารเวชภัณฑ์		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129		
	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข				

ตัวชี้วัดที่ 66/54/31	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
หน่วยวัด	ร้อยละ 75
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 66/54/31	คำนิยาม การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วย รับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น แนวคิดของการควบคุมภายใน 1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติการควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีผลสุดท้ายของกรกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพด้วยการสร้างบรรยากาศสภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น 3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมาย ระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน “การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด” คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกรณีที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสำเร็จลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นการออกแบบการควบคุม

	ภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง มาตรฐานการควบคุมภายใน มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment) 2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) 4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications) 5. การติดตามประเมินผล (Monitoring) องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ - การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ - รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ - มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการ และเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบทานต่อไป การติดตามประเมินผล การติดตามประเมินผลเป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงาน และการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิภาพหรือต้องปรับปรุง การติดตามประเมินผลหมายถึง การะบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิภาพของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิภาพของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้ - พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ - กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ - สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง - ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใดๆ ตามข้อเสนอแนะ

	การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครึ่ง (6 เดือน : ครึ่ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หน่วยรับตรวจ หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นหน่วยรับตรวจตามคำนิยามในระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 (ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป) ส่วนงานย่อย หมายถึง ส่วนงานภายใต้หน่วยรับตรวจ ตามโครงสร้างงาน ได้แก่กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/แผนก ต่างๆ ของหน่วยรับตรวจนั้นๆ รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล												
เกณฑ์การประเมินหน่วยรับตรวจ 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 เป็นคณะทำงาน ของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคนต้องไม่มีข้อขัดแย้งกัน</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ และทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td></tr> <tr> <td>3</td><td>การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 แบบ ปส. และส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ ตามโครงสร้างของหน่วยงาน</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีการออกติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครึ่ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน	1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงาน ของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคนต้องไม่มีข้อขัดแย้งกัน	2	มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ และทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 แบบ ปส. และส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ ตามโครงสร้างของหน่วยงาน	5	มีการออกติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครึ่ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน												
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน เป็นคณะทำงาน ของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคนต้องไม่มีข้อขัดแย้งกัน												
2	มีการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ และทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน												
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 แบบ ปส. และส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน												
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ ตามโครงสร้างของหน่วยงาน												
5	มีการออกติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครึ่ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ												

เกณฑ์การประเมิน ส่วนงานย่อย ระดับ รพ.สต./ กลุ่มงาน/งาน/ฝ่ายฯ	การผ่านเกณฑ์แต่ละส่วนงานย่อยต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายใน ตั้งแต่ระดับที่ 1–5 จึงจะผ่านเกณฑ์ การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน			
	1	มีผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ร่วมกับคณะทำงานของหน่วยรับตรวจ			
	2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน			
	3	มีการจัดทำรายงานระดับส่วนงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จส่งภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน			
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน			
	5	ได้รับการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายใน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง โรงพยาบาล 9 แห่ง				
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61		ปีงบประมาณ 62		ปีงบประมาณ 63
	ร้อยละ 75		ร้อยละ 85		ร้อยละ 95
วิธีการประเมิน	ใช้การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลรอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2560 และการดำเนินงาน – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลรอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2561 ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561				
ระดับจังหวัด	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยรับตรวจ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยรับตรวจทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ได้รับการประเมินระบบการควบคุมภายใน				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	จำนวนร้อยละของหน่วยรับตรวจที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 55			
	2	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 60			
	3	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 65			
	4	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 70			
	5	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 75			
ระดับ คปสอ.	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ.				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ.				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยรับตรวจ ของ คปสอ.				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ. แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้							
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	0	หน่วยรับตรวจของ คปสอ. (รพ./สสอ.) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ทั้ง 2 แห่ง						
	3	หน่วยรับตรวจของ คปสอ. (รพ./สสอ.) ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน 1 แห่ง						
	5	หน่วยรับตรวจของ คปสอ. (รพ./สสอ.) ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ทั้ง 2 แห่ง						
ระดับ รพ.สต.	ร้อยละคะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย							
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย							
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย							
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100							
เกณฑ์การให้คะแนน ส่วนงานย่อย ระดับ รพ.สต./ กลุ่มงาน/งาน/ฝ่ายฯ	จำนวนร้อยละคะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้							
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย ร้อยละ 20						
	2	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย ร้อยละ 40						
	3	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย ร้อยละ 60						
	4	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย ร้อยละ 80						
	5	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย ร้อยละ 100						
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
						2558	2559	2560
	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด				ร้อยละ	-	-	73.68
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560							
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลคะแนน		
						รพ.	สสอ.	
	1	หนองคาย	2	1	50	5	2	
	2	ท่าบ่อ	2	2	100	5	5	
	3	โพนพิสัย	2	2	100	5	5	
	4	ศรีเชียงใหม่	2	1	50	1	5	
	5	สังคม	2	1	50	2	5	
	6	สระใคร	2	2	100	5	5	
	7	เฝ้าไร่	2	1	50	3	5	
	8	รัตนวาปี	2	1	50	2	5	
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100	5	5	
	รวม	18	13	72.22				
	รวม คปสอ.	9	4	44.44				
	หน่วยรับตรวจ	19	14	73.68				

เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ 2. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจ 3. ผังโครงสร้างหน่วยงาน/คำสั่งการมอบหมายภารกิจงาน/ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ของหน่วยงาน 4. การประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน/การประเมินแบบสอบถามการควบคุมภายใน 5. การวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงกระบวนการของหน่วยงาน 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, 091 421 1645
	2.นายชัยมงคล ชัยสว่าง	โทร. 08 1260 7907
	งานควบคุมภายใน ฝ่ายบริหารทั่วไป	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 124, 134

มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 67/55/32	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 67/55/32	ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพ มีศักยภาพ ในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้องเชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อบูการะงานของ ผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ใช้ประโยชน์ได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความ จำเป็น โดยไม่เป็นภาระมากเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ โดยกำหนดแนวทางพัฒนา ระบบข้อมูลไว้ดังนี้ 1. กำหนดนโยบายและทิศทางการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ 2. บูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนการนำเอาข้อมูลสารสนเทศไป ใช้ในการวางแผนทางยุทธศาสตร์ในทุกกระดับ - วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ภาระการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรในระดับปฏิบัติการ - กำหนดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data structure Standard) และมาตรฐานระบบ รายงาน (Data Presentation Standard) 3.การจัดตั้ง Health Data Center ในระดับเขตและระดับชาติ 4. การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Infra-structure) เพื่อรองรับการ ปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพระดับชาติ - การพัฒนาระบบการให้บริการระบบคอมพิวเตอร์ แบบ Private Cloud computing - ระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่ายเสมือน (Virtual Server System) 5. การพัฒนาทีมงาน กำลังคน การวิจัย การอบรมด้านระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง 6. การกำหนดมาตรฐานต่างๆ รวมทั้งการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลในระบบบริการ สุขภาพ (Standards and interoperability) - มาตรฐานศูนย์ข้อมูล (Data Center Standards) - การรับรองมาตรฐานซอฟต์แวร์ (Software accreditation Standards) - มาตรฐานการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล (Interoperability Standards) - มาตรฐานความปลอดภัยทางกายภาพ (It physical Security Standards) - มาตรฐานการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (It Data Security Standards) 7. ขับเคลื่อนการพัฒนานวัตกรรมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ - สนับสนุนการพัฒนา Mobile Health, TeleHealth, Health VDO Conference หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน NK-Report ข้อมูลจากการสำรวจ 43 แฟ้มมาตรฐาน หมายถึง ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูล การให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน โดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตามโครงสร้าง ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ Version 2.1 (1 มกราคม 2559)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง

เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต./เทศบาล/PCU โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป																						
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจาก Health Data Center/ website สปสช.ส่วนกลาง/ website สสจ.หนองคาย																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2560-เดือนกุมภาพันธ์ 2561 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2561 รอบที่ 2 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2560-เดือนกรกฎาคม 2561 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2561																						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป																						
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>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 60	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 70	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 80	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 90	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 100										
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 60																						
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 70																						
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 80																						
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป ร้อยละ 90																						
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีขึ้นไป 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>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)</td></tr> </tbody> </table> ระดับหน่วยบริการ : ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสารสนเทศสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป 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 2560-เดือนกุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2560-เดือนกรกฎาคม 2561) คะแนนส่งชุดข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่ง} \times 10}{\text{จำนวนสัปดาห์ที่กำหนดต้องส่ง}}$	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีมาก (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	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)																						
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)																						
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)																						
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)																						
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพพระบดีดีมาก (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 2560-เดือนกุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2560-เดือนกรกฎาคม 2561)

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

3) ความครบถ้วน 80 คะแนน ประเมินความครอบคลุมโดยใช้ผลงาน QOF ปี 2561

- ข้อมูลที่นำมาประเมิน Cockpit สสจ.หนองคาย

(รอบที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2561)

(รอบที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2561)

3.1 ร้อยละประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (5 คะแนน)

ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน	คะแนนที่ได้
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1

3.2 ร้อยละประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง (5 คะแนน)

ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1

3.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (10 คะแนน)

หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	คะแนนที่ได้
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	5
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67.50	4
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.00	3
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50	2
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	1

3.4 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปีภายใน 5 ปี (10 คะแนน)

ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	คะแนนที่ได้
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	5
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.75	4
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.50	3
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 58.25	2
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56	1

3.5 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (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 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (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)																																																																																										
<table><tr><th>ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr><tr><td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.16</td><td>5</td></tr><tr><td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.37</td><td>4</td></tr><tr><td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.58</td><td>3</td></tr><tr><td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.79</td><td>2</td></tr><tr><td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7</td><td>1</td></tr></table>		ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	คะแนนที่ได้	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.16	5	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.37	4	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.58	3	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.79	2	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7	1																																																																													
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	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th></tr><tr><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป</td><td>ร้อยละ</td><td>94.12</td><td>-</td><td>84.88</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2558	2559	2560	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	94.12	-	84.88																																																																												
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																																						
		2558	2559	2560																																																																																						
หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	94.12	-	84.88																																																																																						
<table><tr><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560</th></tr><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>20</td><td>17</td><td>85.00</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>11</td><td>9</td><td>81.82</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>16</td><td>16</td><td>100.00</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>7</td><td>5</td><td>71.43</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>6</td><td>6</td><td>100.00</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>4</td><td>3</td><td>75.00</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ้าไร่</td><td>8</td><td>6</td><td>75.00</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>7</td><td>5</td><td>71.43</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>6</td><td>6</td><td>100.00</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>1</td><td>0</td><td>0.00</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>86</td><td>73</td><td>84.88</td></tr></table>		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	20	17	85.00	2	ท่าบ่อ	11	9	81.82	3	โพนพิสัย	16	16	100.00	4	ศรีเชียงใหม่	7	5	71.43	5	สังคม	6	6	100.00	6	สระใคร	4	3	75.00	7	เผ้าไร่	8	6	75.00	8	รัตนวาปี	7	5	71.43	9	โพธิ์ตาก	6	6	100.00	10	พิสัยเวหา	1	0	0.00		รวม	86	73	84.88																								
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560																																																																																										
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																																																						
1	หนองคาย	20	17	85.00																																																																																						
2	ท่าบ่อ	11	9	81.82																																																																																						
3	โพนพิสัย	16	16	100.00																																																																																						
4	ศรีเชียงใหม่	7	5	71.43																																																																																						
5	สังคม	6	6	100.00																																																																																						
6	สระใคร	4	3	75.00																																																																																						
7	เผ้าไร่	8	6	75.00																																																																																						
8	รัตนวาปี	7	5	71.43																																																																																						
9	โพธิ์ตาก	6	6	100.00																																																																																						
10	พิสัยเวหา	1	0	0.00																																																																																						
	รวม	86	73	84.88																																																																																						
<table><tr><th colspan="7">คะแนน QOF ปี 2560</th></tr><tr><th rowspan="3">ชื่อหน่วยบริการ</th><th colspan="3">คัดกรองเบาหวาน</th><th colspan="3">คัดกรองความดันโลหิตสูง</th></tr><tr><th colspan="3">10</th><th colspan="3">10</th></tr><tr><th>ผลงาน</th><th>ระดับ</th><th>คะแนน</th><th>ผลงาน</th><th>ระดับ</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>รพ.หนองคาย</td><td>70.24</td><td>3.00</td><td>30</td><td>69.98</td><td>2.00</td><td>20</td></tr><tr><td>รพ.โพนพิสัย</td><td>65.23</td><td>2.00</td><td>20</td><td>65.91</td><td>2.00</td><td>20</td></tr><tr><td>รพ.ศรีเชียงใหม่</td><td>29.49</td><td>1.00</td><td>10</td><td>27.62</td><td>1.00</td><td>10</td></tr><tr><td>รพ.สังคม</td><td>79.45</td><td>3.00</td><td>30</td><td>80.57</td><td>4.00</td><td>40</td></tr><tr><td>รพ.ท่าบ่อ</td><td>57.78</td><td>1.00</td><td>10</td><td>57.39</td><td>1.00</td><td>10</td></tr><tr><td>รพ.สระใคร</td><td>69.94</td><td>2.00</td><td>20</td><td>69.79</td><td>2.00</td><td>20</td></tr><tr><td>รพ.โพธิ์ตาก</td><td>61.51</td><td>2.00</td><td>20</td><td>61.83</td><td>2.00</td><td>20</td></tr><tr><td>รพ.เผ้าไร่</td><td>53.59</td><td>1.00</td><td>10</td><td>54.10</td><td>1.00</td><td>10</td></tr><tr><td>รพ.รัตนวาปี</td><td>79.25</td><td>3.00</td><td>30</td><td>79.78</td><td>3.00</td><td>30</td></tr></table>		คะแนน QOF ปี 2560							ชื่อหน่วยบริการ	คัดกรองเบาหวาน			คัดกรองความดันโลหิตสูง			10			10			ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	รพ.หนองคาย	70.24	3.00	30	69.98	2.00	20	รพ.โพนพิสัย	65.23	2.00	20	65.91	2.00	20	รพ.ศรีเชียงใหม่	29.49	1.00	10	27.62	1.00	10	รพ.สังคม	79.45	3.00	30	80.57	4.00	40	รพ.ท่าบ่อ	57.78	1.00	10	57.39	1.00	10	รพ.สระใคร	69.94	2.00	20	69.79	2.00	20	รพ.โพธิ์ตาก	61.51	2.00	20	61.83	2.00	20	รพ.เผ้าไร่	53.59	1.00	10	54.10	1.00	10	รพ.รัตนวาปี	79.25	3.00	30	79.78	3.00	30
คะแนน QOF ปี 2560																																																																																										
ชื่อหน่วยบริการ	คัดกรองเบาหวาน			คัดกรองความดันโลหิตสูง																																																																																						
	10			10																																																																																						
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน																																																																																				
รพ.หนองคาย	70.24	3.00	30	69.98	2.00	20																																																																																				
รพ.โพนพิสัย	65.23	2.00	20	65.91	2.00	20																																																																																				
รพ.ศรีเชียงใหม่	29.49	1.00	10	27.62	1.00	10																																																																																				
รพ.สังคม	79.45	3.00	30	80.57	4.00	40																																																																																				
รพ.ท่าบ่อ	57.78	1.00	10	57.39	1.00	10																																																																																				
รพ.สระใคร	69.94	2.00	20	69.79	2.00	20																																																																																				
รพ.โพธิ์ตาก	61.51	2.00	20	61.83	2.00	20																																																																																				
รพ.เผ้าไร่	53.59	1.00	10	54.10	1.00	10																																																																																				
รพ.รัตนวาปี	79.25	3.00	30	79.78	3.00	30																																																																																				

ชื่อหน่วยบริการ	RDU AD			RDU RI		
	5			5		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	30.22	1.00	5	32.67	1.00	5
รพ.โพนพิสัย	40.75	0.00	0	44.36	0.00	0
รพ.ศรีเชียงใหม่	41.33	0.00	0	21.48	3.00	15
รพ.สังคม	31.93	1.00	5	22.58	3.00	15
รพ.ร.ท่าบ่อ	29.34	3.00	15	27.62	3.00	15
รพ.สระใคร	27.12	3.00	15	19.49	5.00	25
รพ.โพธิ์ตาก	33.17	1.00	5	21.24	3.00	15
รพ.เฝ้าไร่	25.73	3.00	15	27.25	3.00	15
รพ.รัตนวาปี	50.61	0.00	0	30.63	1.00	5

ชื่อหน่วยบริการ	ลดอัตรานอน รพ.Chronic			CKD ระยะ 3B ไป 4		
	15			5		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	43.12	1.00	15	31.50	1.00	5
รพ.โพนพิสัย	-36.22	5.00	75	20.50	1.00	5
รพ.ศรีเชียงใหม่	100.07	1.00	15	10.99	5.00	25
รพ.สังคม	-239.29	5.00	75	3.53	5.00	25
รพ.ร.ท่าบ่อ	23.49	1.00	15	31.75	1.00	5
รพ.สระใคร	-83.77	5.00	75	18.60	2.00	10
รพ.โพธิ์ตาก	65.31	1.00	15	19.51	2.00	10
รพ.เฝ้าไร่	67.87	1.00	15	10.43	5.00	25
รพ.รัตนวาปี	-0.69	2.00	30	10.98	5.00	25

ชื่อหน่วยบริการ	ผู้ป่วยเตียง 3,4 ได้เยี่ยมมา		
	15		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	86.15	3.00	45
รพ.โพนพิสัย	93.57	4.00	60
รพ.ศรีเชียงใหม่	76.79	1.00	15
รพ.สังคม	90.79	4.00	60
รพ.ร.ท่าบ่อ	86.67	3.00	45
รพ.สระใคร	72.22	1.00	15
รพ.โพธิ์ตาก	72.73	1.00	15
รพ.เฝ้าไร่	56.25	1.00	15
รพ.รัตนวาปี	60.71	1.00	15

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 68/56/33	ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 68/56/33	ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 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 ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น 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 ธุรการ 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 85
วิธีการประเมิน	รายงาน/HROPS

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561					
ทุกระดับ	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 40	ร้อยละ 65		
	2	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 45	ร้อยละ 70		
	3	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75		
	4	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 55	ร้อยละ 80		
	5	บุคลากรเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 85		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560	
	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดหนองคายได้รับการพัฒนา		ร้อยละ	80	74	82
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (80%)	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	898	802	89.31	
	2	ท่าบ่อ	612	490	80.06	
	3	โพนพิสัย	320	263	82.18	
	4	ศรีเชียงใหม่	120	98	81.66	
	5	สังคม	133	109	81.95	
	6	สระใคร	93	76	81.72	
	7	เผ่าไร่	126	103	81.71	
	8	รัตนวาปี	88	71	80.68	
	9	โพธิ์ตาก	64	52	81.25	
	10	พิสัยเวหา	NA	NA		
		รวม			82.28	
	ข้อมูลจากระบบ HROPS					
เอกสารอ้างอิง	แผนพัฒนาบุคลากร/รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด : ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด/รายงานการพัฒนาบุคลากรในระบบHROPS					
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		โทรศัพท์ : 0956729645 e-mail : vella_max@hotmail.com			
	2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์ : 0834151965 e-mail : jitnk127@gmail.com			
	3.นางสาวชนิษฐา นาหนองตุม นักวิชาการสาธารณสุข		โทรศัพท์ : 0821689250			
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		โทร. 0 42411285			

ตัวชี้วัดที่ 69/57/34	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 69/57/34	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายทุกระดับ ที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคล โดยผ่านระบบ Online-based และหน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการพัฒนาองค์การบริหารงาน เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมขององค์กร มีการวิเคราะห์ผลการประเมิน หรือ เป็นหน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ จัดตั้งทีมสร้างสุขในหน่วยงาน (ต.ค. – พ.ย.60) ระดับที่ 2 มีการรวบรวมข้อมูล/รับคืนข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจดัชนีความสุขของคนทำงานตามโปรแกรม Happinometer ปีงบประมาณ 2560 จาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (ต.ค.– พ.ย.60) ระดับที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากการคืนข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อหา Gap และแนวทางในการจัดทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน พัฒนาทีมสร้างสุขในองค์กร (ธ.ค.60- ก.พ.61) ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคลากรในหน่วยงาน (มี.ค.61) ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน เพื่อพัฒนาความสุขของคนทำงาน หมายเหตุในการประเมิน รอบที่ 1 หน่วยงานมีระดับความสำเร็จระดับ 3 รอบที่ 2 หน่วยงานมีระดับความสำเร็จระดับ 5 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 (ตัวอย่างการจัดกิจกรรม ดังรายละเอียดภาคผนวก)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด / คปสอ. :ร้อยละ 60 ระดับ รพ.สต. : 5 ขึ้นตอน
วิธีการประเมิน	- แบบสำรวจดัชนีความสุข - การรายงานผล
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561

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 ร้อยละ 20				
	2	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 30				
	3	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 40				
	4	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 50				
	5	หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ร้อยละ 60				
ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 1				
	3	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 2				
	5	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 3				
	รอบที่ 2					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 1				
	2	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 2				
	3	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 3				
	4	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 4				
	5	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จ ระดับที่ 5				
	รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
					2558	2559
หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 60		ร้อยละ	-	-	98.91	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560					
	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	6	85.71	
	6	สระใคร	5	5	100	
	7	เผ่าไร่	9	9	100	
	8	รัตนวาปี	8	8	100	
	9	โพธิ์ตาก	7	7	100	
	10	พิสัยเวหา	NA	NA	-	
		รวม	92	91	98.91	

เอกสารอ้างอิง	1) แผนพัฒนาความสุขของหน่วยงาน 2) สรุปกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 3) คณะทำงานทีมสร้างสุขในองค์กร	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	โทรศัพท์ : 0956729645 e-mail : vella_max@hotmail.com
	2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ : 0834151965 e-mail : jitnk127@gmail.com
	3.นางสาวณัฏฐนันท์ จันทรมนตรี นักวิชาการสาธารณสุข	โทรศัพท์ : 0643063888
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	โทร. 0 4241 1285

ตัวชี้วัดที่ 70/58/35	ร้อยละของมีผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 70/58/35	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 ไปใช้พัฒนางานประจำนั้นๆ ด้วย ผลงานวิจัย/R2R หมายถึง ผลงานหรือรายงานการพัฒนางานประจำ ที่ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปี 2561 และไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเอก และไม่เคยนำเสนอ ผลงานวิจัยในงานวิชาการอื่นๆ มาก่อน เริ่มต้นจากปัญหา/คำถามวิจัยที่ได้จากหน่วยงานหรืองาน 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. วิธีสุและวิธีการ 6. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 8. ขั้นตอนและวิธีการ 9. ผลการวิจัย + สรุปได้ว่า 10. อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ 11. การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานประจำ 12. สิ่งที่ได้เรียนรู้และข้อเสนอแนะ 13. กิตติกรรมประกาศ 14. เอกสารอ้างอิง การดำเนินงานวิจัยและนวัตกรรม หมายถึง การวิจัย/นวัตกรรมทั้งแบบเต็มรูปแบบ และ การวิจัยแบบ “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	ร้อยละ 25 ของผลงานทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561										
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ.: ร้อยละ 25 ของผลงานทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561 ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน										
วิธีการประเมิน	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย/แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R/นวัตกรรม										
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561										
ระดับจังหวัด/คปสอ.											
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่มี การดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล										
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด										
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$										
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คปสอ.	รอบที่ 1 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่มี การดำเนินงานวิจัย/ 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 ของหน่วยงานการที่มีดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่มี การดำเนินงานวิจัย/ 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 ของหน่วยงานการที่มีดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน										
1	ร้อยละ 60 ของหน่วยงานที่มี การดำเนินงานวิจัย/ 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 ของหน่วยงานการที่มีดำเนินงานวิจัย/ R2R/ หรือสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล										

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

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	จำนวนผลงานR2R/งานวิจัยที่ได้นำเสนอระดับจังหวัด	จำนวน เรื่อง	47	37	23
	จำนวนผลงานR2R/งานวิจัยที่ได้นำเสนอระดับเขต		4	9	29
จำนวนผลงาน R2R/งานวิจัยที่ได้นำเสนอระดับประเทศ	2		5	4	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 จำนวนผลงานวิจัย R2R				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	21	21	100
	2	ท่าบ่อ	12	12	100
	3	โพนพิสัย	17	17	100
	4	ศรีเชียงใหม่	8	8	100
	5	สังคม	6	6	100
	6	สระใคร	5	5	100
	7	เผ่าไร่	9	9	100
	8	รัตนวาปี	8	8	100
	9	โพธิ์ตาก	7	7	100
	10	พิสัยเวหา	6	6	100
		รวม	99	99	100
	ข้อมูล จากการประเมิน รอบ 2/2560				
	เอกสารอ้างอิง	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย 2.แผนปฏิบัติการ 3. เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R/นวัตกรรม 4. แบบสรุปการนำไปใช้ประโยชน์ของผลงาน			
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		โทรศัพท์. : 0956729645 e-mail : vella_max@hotmail.com		
	2.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 0834151965 e-mail : jitnk127@gmail.com		
	3.นางสาวชนิษฐา นานองตุม นักวิชาการสาธารณสุข		โทรศัพท์ : 08 2168 9250		
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		โทร. 0 42411285		

ตัวชี้วัดที่ 71/59/-	ร้อยละของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี หรือการพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย 71/59/-	1. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง การใช้องค์ความรู้ ทักษะการบริหารจัดการประสบการณ์ ทางด้านวิทยาศาสตร์ และด้านเทคโนโลยี เพื่อการคิดค้น การประดิษฐ์ การพัฒนา การผลิต สินค้า การบริการ กระบวนการผลิต และจัดการองค์ความรู้ในรูปแบบใหม่ของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยนวัตกรรมดังกล่าว ไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่หมายรวมถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ หรือสาธารณสุขได้ 2. เทคโนโลยีสุขภาพ หมายถึง วิทยาการที่นำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์มาทำให้เกิด ประโยชน์ ไม่ว่าในทางใดในด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. การพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ หมายถึง การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และ พัฒนา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ไปใช้ต่อยอดให้เกิดประโยชน์ในงานด้านการแพทย์และ สาธารณสุข												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี หรือการพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 10 ของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี หรือการ พัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ												
วิธีการประเมิน	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย/แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปแบบรายงานผล โครงการวิจัย/R2R/นวัตกรรม/ฐานข้อมูลการจัดเก็บผลงาน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561												
ระดับจังหวัด/คปสอ.													
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 ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 2</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 4</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 6</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 8</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 10</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 2	2	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 4	3	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 6	4	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 8	5	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 10
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 2												
2	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 4												
3	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 6												
4	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 8												
5	มีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรม / ผลงานวิจัย/R2R ที่คิดค้นใหม่ หรือการ ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 10												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2558	2559	2560
	ฐานข้อมูลงานนวัตกรรม	จำนวนเรื่อง	NA	NA	NA
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2. แผนปฏิบัติการ/แผนพัฒนานวัตกรรม 3. เอกสารรายงานความก้าวหน้าการผลิตวิจัย/R2R/นวัตกรรม 4. หลักฐานการไปเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้				
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	โทรศัพท์. : 095-6729645 e-mail : vella_max@hotmail.com			
	2. นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์. : 083-4151965 e-mail : jitnk127@gmail.com			
	3. สิบเอกธีรภัทร์ เกื้อกุล นักทรัพยากรบุคคล	โทรศัพท์ : 090-1935753			
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	โทร. 0 42411285			

ตัวชี้วัดที่ 72/60/-	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ																				
หน่วยวัด	ขั้นตอน																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																				
คำอธิบาย 72/60/-	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 คำถามและบทวนทุกปี 2) สสจ.หนองคาย ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561 = 4 หมวด ปี 2562 = 2 หมวด และปี 2563-2565 ปีละ 6 หมวด สสอ.ในสังกัด สสจ.หนองคาย ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด ปี และปี 2564 - 2565 ปีละ 6 หมวด <table><tr><td>ปีงบประมาณ</td><td>สสจ.</td><td>สสอ.</td></tr><tr><td>2561</td><td>หมวด1 , หมวด2 หมวด4 , หมวด5</td><td>หมวด1, หมวด5</td></tr><tr><td>2562</td><td>หมวด3 , หมวด6</td><td>หมวด2, หมวด4</td></tr><tr><td>2563</td><td>หมวด 1-6</td><td>หมวด3, หมวด6</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 และ Best Practice รายหมวดตามแผนพัฒนา 7) ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด			ปีงบประมาณ	สสจ.	สสอ.	2561	หมวด1 , หมวด2 หมวด4 , หมวด5	หมวด1, หมวด5	2562	หมวด3 , หมวด6	หมวด2, หมวด4	2563	หมวด 1-6	หมวด3, หมวด6	2564	หมวด 1-6	หมวด 1-6	2565	หมวด 1-6	หมวด 1-6
ปีงบประมาณ	สสจ.	สสอ.																			
2561	หมวด1 , หมวด2 หมวด4 , หมวด5	หมวด1, หมวด5																			
2562	หมวด3 , หมวด6	หมวด2, หมวด4																			
2563	หมวด 1-6	หมวด3, หมวด6																			
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 : 1. สสจ. ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA 2. ร้อยละ 50 ของ สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ระดับ คปสอ. : ระดับคะแนน 5																				
วิธีการประเมิน	ประเมิน โดยทีม Internal Audit 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 และ Best Practice รายหมวดตามแผนพัฒนา																				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561																				

ระดับจังหวัด	1. สสจ. ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA 2. ร้อยละ 50 ของ สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน สสอ.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน สสอ.ในจังหวัดหนองคาย					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	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 50 ของ สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 10				
	2	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 20				
	3	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 30				
	4	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 40				
	5	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 50				
	ระดับ คปสอ.	ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 5 ขั้นตอน				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้ครบถ้วน				
	2	ประเมินองค์กรด้วยตนเอง (SAR-PMQA) ได้ครบถ้วน				
	3	วิเคราะห์จุดแข็ง โอกาสการพัฒนาได้ครบถ้วน (OFI)				
	4	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรและดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรได้ครบถ้วน				
	5	จัดทำรายงานผลการพัฒนาองค์กร (Application Report)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	การพัฒนาตามกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ เกณฑ์คุณภาพ PMQA หมวด 1 หมวด 2		ร้อยละ	68.66	84.38	79.07

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 การพัฒนาตามกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ เกณฑ์คุณภาพ PMQA หมวด 1 หมวด 2			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน
	1	เมืองหนองคาย	43	37
	2	ท่าบ่อ	43	38
	3	โพนพิสัย	43	42
	4	ศรีเชียงใหม่	43	33
	5	สังคม	43	36
	6	สระใคร	41	32
	7	เฝ้าไร่	42	35
	8	รัตนวาปี	42	29
	9	โพธิ์ตาก	42	36
	10	พิสัยเวหา	18	15
		จังหวัดหนองคาย	43	34
เอกสารอ้างอิง	1. รายงานลักษณะสำคัญขององค์กร 2. แผนพัฒนา PMQA ของหน่วยงาน 3. ผลการประเมินตนเอง (SAR-PMQA) 4. ผลการวิเคราะห์ จุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงองค์กร 5. แผนปรับปรุงองค์กร รายนาม 6. Application Report รายนามตามแผนพัฒนา			
ผู้รับผิดชอบ	1. น.ส.ธรรณา ธงชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. 089-6183727	
	2. น.ส.ภริมย์ธีรา โคตรจักร นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ		โทร. 098-5867190	
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 73/61/-	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น และ ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3																																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																																											
คำอธิบาย 73/61/-	- สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชนรัฐ วิชาชีพหน่วยงานในกำกับของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA หมายถึงโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น 3 หรือขั้น Advanced HA ที่ยังมีอายุการรับรอง - สถานพยาบาลเปิดใหม่มีคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น หมายถึง โรงพยาบาลที่เปิดรับผู้ป่วยในไว้รักษาในโรงพยาบาล จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น - มาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น หมายถึง สถานพยาบาลที่มีขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพตามรายละเอียดในตารางข้างล่างนี้ <table><tr><td>ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ</td><td>ขั้นที่ 1</td><td>ขั้นที่ 2</td><td colspan="2">ขั้นที่ 3</td></tr><tr><td>ภาพรวม</td><td>ใช้วิกฤตเป็นโอกาส</td><td>เชิงรุก</td><td colspan="2">สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ</td></tr><tr><td>จุดเริ่ม</td><td>นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไข้ปัญหา</td><td>วิเคราะห์เป้าหมาย และกระบวนการอย่างเป็นระบบ</td><td colspan="2">ประเมิน ระดับการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน HA</td></tr><tr><td>กระบวนการคุณภาพ</td><td>C-A-P-D (RM/QA)</td><td>P-D-C-A(QA)/C-A-P-D(CQI)</td><td colspan="2">องค์กรเรียนรู้และพัฒนา</td></tr><tr><td>เครื่องชี้วัดความสำเร็จ</td><td>ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด</td><td>QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน</td><td colspan="2">เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น</td></tr><tr><td>มาตรฐาน HA</td><td>ไม่เน้นมาตรฐานHA</td><td>มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก</td><td colspan="2">มาตรฐาน HA ครบถ้วน</td></tr><tr><td>ประเมินตนเอง</td><td>เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)</td><td>เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา</td><td colspan="2">เพื่อสังเคราะห์การพัฒนา และผลที่ได้รับ</td></tr><tr><td>ความครอบคลุม</td><td>ครอบคลุมปัญหา ที่เกิด</td><td>ครอบคลุม กระบวนการสำคัญการทั้งหมด</td><td colspan="2">เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน</td></tr></table>				ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3		ภาพรวม	ใช้วิกฤตเป็นโอกาส	เชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ		จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไข้ปัญหา	วิเคราะห์เป้าหมาย และกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมิน ระดับการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน HA		กระบวนการคุณภาพ	C-A-P-D (RM/QA)	P-D-C-A(QA)/C-A-P-D(CQI)	องค์กรเรียนรู้และพัฒนา		เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น		มาตรฐาน HA	ไม่เน้นมาตรฐานHA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน		ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์การพัฒนา และผลที่ได้รับ		ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหา ที่เกิด	ครอบคลุม กระบวนการสำคัญการทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน	
ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3																																									
ภาพรวม	ใช้วิกฤตเป็นโอกาส	เชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ																																									
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไข้ปัญหา	วิเคราะห์เป้าหมาย และกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมิน ระดับการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน HA																																									
กระบวนการคุณภาพ	C-A-P-D (RM/QA)	P-D-C-A(QA)/C-A-P-D(CQI)	องค์กรเรียนรู้และพัฒนา																																									
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น																																									
มาตรฐาน HA	ไม่เน้นมาตรฐานHA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน																																									
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์การพัฒนา และผลที่ได้รับ																																									
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหา ที่เกิด	ครอบคลุม กระบวนการสำคัญการทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน																																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 ได้แก่ รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ, รพ.โพนพิสัย, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สังคม, รพ.สระใคร และ รพ.พิสัยเวช - สถานพยาบาลเปิดใหม่มีคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น ได้แก่ รพ.เผ่าไร่, รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก																																											
เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																																							
	70%	100%	100%	100%	100%																																							
	HA1=33.33% (รพ.เผ่าไร่)	HA2=1 (รพ.เผ่าไร่) HA1=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) 100%	HA2=2 (รัตนวาปี/โพธิ์ตาก) HA3=1 (รพ.เผ่าไร่) 100%	HA3=100%	HA3=100%																																							

วิธีการประเมิน	ผลจาก ส.ร.พ.					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตัดฐานคะแนน รอบที่ 2 : ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561					
ระดับจังหวัด						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น และ ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 60%				
	2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 70%				
	3	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 80%				
	4	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 90%				
	5	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 100%				
	ระดับ คปสอ. ประเมิน HA3 7 แห่ง	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
1		มีการประเมินตนเองตามคู่มือ Provincial-KM (PKM)				
2		มีผลการประเมินตนเองเข้าร่วมเวที Provincial-KM (PKM) ครบทุกหน่วย				
3		มีแผนพัฒนายกระดับคุณภาพอ้างอิงชั้น 2 สู่ HA โดยใช้ผลจากการแลกเปลี่ยนในเวที PKM				
4		มีผลงาน R2R หรือนวัตกรรมทางการบริการอย่างน้อย 2 เรื่องนำเสนอในเวทีจังหวัด				
5		ผ่านการรับรอง HA				
ระดับ คปสอ. ประเมินบันได 3 ขั้น 3 แห่ง	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้นยังไม่ได้ดำเนินการจัดส่งเอกสารขอรับการรับรองจาก สรพ.				
	2	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้นและได้ดำเนินการจัดส่งเอกสารขอรับการรับรองจาก สรพ. ครบถ้วน				
	3	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้นได้รับการเยี่ยมจาก สรพ. อยู่ระหว่างรอการรับรองอย่างเป็นทางการ				
	4	รอผลประกาศรับรองอย่างเป็นทางการ				
	5	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3		ร้อยละ	88.9	88.9	88.9
ร้อยละโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได 3 ขั้น		ร้อยละ	-	-	33.33	

	<table><tr><th>ระดับคุณภาพ</th><th>โรงพยาบาล</th><th>ชั้นปัจจุบัน</th><th>วันรับรอง</th><th>วันหมดอายุ</th></tr><tr><td rowspan="7">HA3</td><td>รพ.สระใคร</td><td>Re1</td><td>27 มิ.ย.60</td><td>26 มิ.ย.63</td></tr><tr><td>รพ.สังคม</td><td>3</td><td>27 มิ.ย.60</td><td>26 มิ.ย.62</td></tr><tr><td>รพ.ศรีเชียงใหม่</td><td>3</td><td>4 ก.พ.58</td><td>3 ก.พ.60</td></tr><tr><td>รพ.โพธิ์พิสัย</td><td>3</td><td>27 ต.ค.58</td><td>26 ต.ค.60</td></tr><tr><td>รพ.ท่าบ่อ</td><td>re-acc4</td><td>26 ก.พ.59</td><td>25 ก.พ.62</td></tr><tr><td>รพ.หนองคาย</td><td>re-acc1</td><td>30 พ.ค.57</td><td>29 พ.ค.60</td></tr><tr><td>รพ.พิสัยเวหา</td><td>2e</td><td>15 กพ.59</td><td>15 กพ.60</td></tr><tr><td rowspan="3">HA1, 2</td><td>รพ.เผ่าไร่</td><td>HA1</td><td colspan="2">ดำเนินการ HA2 ต่อเนื่องปี 61</td></tr><tr><td>รพ.รัตนวาปี</td><td>0</td><td colspan="2">เริ่มกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA1</td></tr><tr><td>รพ.โพธิ์ตาก</td><td>0</td><td colspan="2">เริ่มกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA1</td></tr></table>	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	3	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60	รพ.โพธิ์พิสัย	3	27 ต.ค.58	26 ต.ค.60	รพ.ท่าบ่อ	re-acc4	26 ก.พ.59	25 ก.พ.62	รพ.หนองคาย	re-acc1	30 พ.ค.57	29 พ.ค.60	รพ.พิสัยเวหา	2e	15 กพ.59	15 กพ.60	HA1, 2	รพ.เผ่าไร่	HA1	ดำเนินการ HA2 ต่อเนื่องปี 61		รพ.รัตนวาปี	0	เริ่มกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA1		รพ.โพธิ์ตาก	0	เริ่มกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA1	
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	3	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60																																												
	รพ.โพธิ์พิสัย	3	27 ต.ค.58	26 ต.ค.60																																												
	รพ.ท่าบ่อ	re-acc4	26 ก.พ.59	25 ก.พ.62																																												
	รพ.หนองคาย	re-acc1	30 พ.ค.57	29 พ.ค.60																																												
	รพ.พิสัยเวหา	2e	15 กพ.59	15 กพ.60																																												
HA1, 2	รพ.เผ่าไร่	HA1	ดำเนินการ HA2 ต่อเนื่องปี 61																																													
	รพ.รัตนวาปี	0	เริ่มกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA1																																													
	รพ.โพธิ์ตาก	0	เริ่มกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA1																																													
เอกสารอ้างอิง	รายงานสรุปผลสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน																																															
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภิรมย์ธีรา โคตรจักร			โทร. 09-8586-7190																																												
	น.ส.ธารนา ธงชัย			โทร. 08-9618-3727																																												
	นายไพรวลัย เทพาพิน			โทร. 08-6457-7853																																												
	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 08-9571-1175																																												
	นายกวินภพ พรหมนิวาส			โทร. 08-3678-4007																																												
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120																																												

ตัวชี้วัดที่ 74/62/36	ร้อยละ รพ.สต./ ศสม. / PCU รพ. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย 74/62/36	การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด คะแนนรวมร้อยละ 100 ดังนี้ หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี (30%) 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมนูญ 14 คะแนน 1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ 4 คะแนน 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ 282 คะแนน หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (10%) 10 คะแนน หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (10%) 10คะแนน หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัยเน้นประเด็น 4PA (30%) 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP) 7 คะแนน 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่) 14 คะแนน 4.3 การบริการในชุมชน 9 คะแนน หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ (20%) 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care) 15 คะแนน 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 20คะแนน 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 รพ. ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) มากกว่าร้อยละ 20 ของ รพ.สต.ทั้งหมดใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ รอบที่ 2 รพ.สต./ศสม./PCU รพ. ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) มากกว่าร้อยละ 20 ของ รพ.สต.ทั้งหมดรับรองโดยทีมจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต./ศสม./PCU ทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด และ คปสอ. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ระดับ 3 ดาว $\geq$ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ระดับ 4 ดาว $\geq$ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว

	<table><tr><td>รายละเอียด</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr><tr><td>Ac</td><td>20%</td><td>20%</td><td>20%</td><td>-</td></tr><tr><td>คงสภาพ</td><td>20%</td><td>40%</td><td>40%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Re-Ac</td><td>-</td><td>20%</td><td>40%</td><td>-</td></tr><tr><td>รวม</td><td>40%</td><td>80%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></table>	รายละเอียด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	Ac	20%	20%	20%	-	คงสภาพ	20%	40%	40%	100%	Re-Ac	-	20%	40%	-	รวม	40%	80%	100%	100%
รายละเอียด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																						
Ac	20%	20%	20%	-																						
คงสภาพ	20%	40%	40%	100%																						
Re-Ac	-	20%	40%	-																						
รวม	40%	80%	100%	100%																						
	ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%)																									
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 ทีมระดับอำเภอ ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 1/61 รอบที่ 2 ประเมินรับรองระดับ 5 ดาวโดยทีมระดับจังหวัด (ช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2561) ใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 2/61																									
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ต.ค.60- ก.พ.61 รอบที่ 2 ต.ค.60- ก.ค.61																									
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต./ศสม./PCU รพ. ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว																									
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนจำนวน รพ.สต./ศสม. /PCU รพ.ทั้งหมด																									
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																									
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/อำเภอ	รอบที่ 1 ใช้ผลจากการประเมินตนเอง รอบที่ 2 รับรองโดยทีมจังหวัด <table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 20%</td></tr><tr><td>2</td><td>รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 25%</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 30%</td></tr><tr><td>4</td><td>รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 35 %</td></tr><tr><td>5</td><td>รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 40%</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 20%	2	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 25%	3	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 30%	4	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 35 %	5	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 40%													
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																									
1	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 20%																									
2	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 25%																									
3	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 30%																									
4	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 35 %																									
5	รพ.สต./ ศสม. / PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า 80% ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไปทุกหมวด 40%																									
ระดับตำบล	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥60-64</td></tr><tr><td>2</td><td>ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥65-69</td></tr><tr><td>3</td><td>ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥70-74</td></tr><tr><td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥75-79</td></tr><tr><td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไป ทุกหมวด</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥60-64	2	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥65-69	3	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥70-74	4	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥75-79	5	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไป ทุกหมวด													
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																									
1	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥60-64																									
2	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥65-69																									
3	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥70-74																									
4	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ ≥75-79																									
5	ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า 80% ขึ้นไป ทุกหมวด																									

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2558	2559	2560
	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว		ร้อยละ	1.18	71.76 (เกณฑ์ปี 59)	27.06
	หน่วยปฐมภูมิ ได้รับการรับรองคุณภาพระดับ 5ดาวโดยทีมระดับเขต จ.หนองคาย ปี 2560					
	ลำดับ	อำเภอ	จำนวน ตำบล	หน่วยปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU/ศสม.) (แห่ง)	คงสภาพ 5 ดาวปี 61-62	เป้าหมาย ปี 2561
	1	เมือง	20	17	4	4
	2	ท่าบ่อ	10	11	3	3
	3	โพนพิสัย	11	16	4	4
	4	เผ่าไร่	5	8	2	2
	5	รัตนวาปี	5	7	2	2
เอกสารอ้างอิง				6	7	2
				7	2	2
				6	2	2
				4	1	1
				6	3	2
	รวม		62	85	23	22
	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)					
	ผลการประเมินตนเอง โดยทีมระดับอำเภอ					
	ผลการประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด					
	ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภริมย์ธีรา โคตรจักร			โทร. 09-8586-7190	
นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 08-9571-1175			
นายไพรวลัย เทพาพิน			โทร. 08-6457-7853			
นายกวินภพ พรหมนิवास			โทร. 08-3678-4007			
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 120			

ภาคผนวก

รายงานสรุปผลการนิเทศงาน
ครั้งที่ ปีงบประมาณ 2561

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 2/2/-

อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้นไป

แนวทางการประเมิน DHS

การประเมินคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ คปสอ. หรือ CUP ก่อนหน้านี้มีรูปแบบการประเมินมากมายที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ มากมาย ส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบ Check List ว่า มี/ไม่มี, ทำ/ไม่ทำ, ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมักไม่มองว่า เพราะอะไรจึงเกิดปรากฏการณ์ของการมี/ไม่มี, ทำ/ไม่ทำ, ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์

เพราะอะไรจึงควรที่จะมีการมองให้ลึกลงไปกว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของการมี/ไม่มี, ทำ/ไม่ทำ, ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ หลายๆ ครั้งเมื่อพบว่าเครือข่ายบริการปฐมภูมิหนึ่งไม่มี, ไม่ทำและไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการมองให้ลึกลงไปว่าอะไรทำให้เกิดปรากฏการณ์เช่นนี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริงที่พื้นที่กำลังเผชิญอยู่ อาจนำมาสู่การพูดคุยหาทางออกร่วมกันระหว่างพื้นที่และผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมสำรวจก็เป็นได้ การมองให้ลึกไปกว่าสิ่งที่ผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมสำรวจเห็นอาจนำมาซึ่งการรับรู้ที่นำไปสู่ความเข้าใจในความเป็นตัวตนและสถานการณ์ของพื้นที่นั้นๆ อย่างแท้จริง ทำให้ที่ที่แสดงถึงการรับรู้และเข้าใจความเป็นตัวตนที่แท้จริงของพื้นที่นั้นๆ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงของแต่ละพื้นที่ในสถานการณ์ที่เขาติดขัด อัดคัคลำบาก เป็นกระบวนการหนึ่งในการประเมินตามแนวทางของ DHS เพราะก่อนที่จะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไปดูแลประชาชนเจ้าหน้าที่เหล่านั้นควรได้รับการดูแลก่อน การเข้าใจและรับรู้สิ่งที่เขาดำรงอยู่เป็นกระบวนการหนึ่งที่เราเรียกว่า การดูแลกันและกัน (Caring) ที่ไม่ใช่การตัดสินว่า ไม่มี, ไม่ทำและไม่ผ่านเกณฑ์

ส่วนในสถานการณ์ที่เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ สามารถดำเนินการขับเคลื่อนงานต่างๆ ได้ จนมี, ทำ และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดต่างๆ นั้น การมองให้ลึกไปกว่าปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่ยังคงสำคัญเช่นกัน ว่า เขาลำบากอย่างไร ต้องใช้ความพยายามอย่างไร เขาผ่านอะไรมาบ้างจนมาเป็นเขาในทุกวันนี้ การมองและให้ความสำคัญกับที่มันไปเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญของการให้คุณค่า (Appreciated) กับความพยายาม ความลำบาก ความสามารถที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ของการมี, ทำ และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดต่างๆ

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปแนวทางการประเมิน DHS เน้นแนวทางการเยี่ยมสำรวจด้วย กระบวนการดูแล (Caring) และการให้คุณค่า (Appreciated) ในสิ่งเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ เป็นอยู่ ไม่ใช่การตัดสิน หรือเพียงแค่ชื่นชมโดยปราศจากการให้คุณค่า เหล่านี้คือเจตจำนงที่แท้จริงของการประเมินหรือเยี่ยมสำรวจตามแนวทางของ DHS คณะผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมสำรวจมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าให้พื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิทุกพื้นที่วางใจ และสบายใจไม่ต้องเปลี่ยนวิถี และความเป็นตัวตนที่เป็นอยู่เพื่อตอบโจทย์ของผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมสำรวจ ขอให้พื้นที่ภูมิใจในสิ่งที่เป็นตัวเรา และขอให้ผู้ประเมินและผู้เยี่ยมสำรวจได้เห็น และรู้จักตัวตนที่แท้จริงของเครือข่ายบริการปฐมภูมิด้วยการนำเสนอข้อมูล และสถานการณ์จริงของพื้นที่อย่างเต็มภาคภูมิ

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCARE

1	เริ่มมีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ(แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์ เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	ขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) และ/หรือ มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ และ/หรือมีการดำเนินการครอบคลุม (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
4	มีการประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้(การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
5	ไม่มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ทุกระดับเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และมีการบูรณาการกับความต้องการขององค์กร (บูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง	2 เริ่มดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	หมายเหตุ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น	เป็น Cross functional team ระหว่างฝ่าย / คิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันระหว่างฝ่าย	Fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน (ทั้งแนวราบแนวแนวนอน)	ชุมชนภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นเครือข่ายในทีม	ทีม หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ. กับรพ., ทีมรพ.สต. กับทีมรพ.สต.), ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้ง และทีมแนวราบ
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชน	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและชุมชนที่หลากหลาย	นำความต้องการของประชาชนและชุมชนมาปรับปรุงระบบการทำงาน	นำความต้องการของชุมชนมาปรับปรุงระบบงานและมีการขยายและเปลี่ยนแปลงเรียนรู้	นำความต้องการของชุมชนเปลี่ยนระบบงานที่ตอบสนองกับภารกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างเหมาะสม	
Community Participation	มีแนวทางในการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	เริ่มดำเนินการสร้างการรับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชน	ชุมชนเริ่มมีส่วนร่วมคิดในการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นอย่างขยายวงกว้าง	ชุมชนร่วมวางแผนมีแนวทางชัดเจนว่าจะดำเนินการเมื่อไหร่ อย่างไร ใครมีส่วนร่วม	ชุมชนเข้ามาร่วมประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	
Appreciation & Human Resource	มีแนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากร	เริ่มดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากร	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาและสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็น	สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจและรับรู้คุณค่าในงานของตนเอง	
Resource Sharing	มีแนวทาง / วิธีการในการสนับสนุนการใช้ทรัพยากร และแนวทางของระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิ	เริ่มมีการวางแผนร่วมกันในบางประเด็นหรือบางระบบ	มีการนำข้อมูลจากทุกหน่วยงานมาทำแผนและมีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามพันธกิจขององค์กร	มีการทบทวนและปรับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม/ อย่างมีเงื่อนไข (ปรับเปลี่ยนทรัพยากร)	มีการใช้ทรัพยากรโดยยึด mission ขององค์กร (ไม่ก้ำกึ่งกัน) และ/หรือมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน	
Essential Care	เริ่มมีแนวทางในการจัดบริการตามบริบทตามความต้องการของชุมชน	มีการดำเนินการในบางส่วน	มีการขยายการดำเนินงานในส่วนอื่นๆ	มีการนำความต้องการของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ มาปรับปรุงกระบวนการ	ชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมาย มีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันตามบริบท	

รายละเอียด “องค์ประกอบเกณฑ์และคะแนน”

องค์ประกอบ		คะแนน	เกณฑ์ (ภาคผนวก)
1. เป็นอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในระดับ “ดี” ขึ้นไป		20	
	การประเมินตนเอง UCCARE ตั้งแต่ชั้น 3 ขึ้นไป และได้รับการประเมินรับรองจากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด	20	1
2. มีกิจกรรมและผลผลิตที่สำคัญ		80	
2.1 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป		20	
2.1.1 มีหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่ออย่างน้อยร้อยละ 50 ต่อตำบล		5	2
	มีหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อร้อยละ 50 ต่อตำบล ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน	(5)	
	มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 40 ต่อตำบล ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน	(4)	
	มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 30 ต่อตำบล ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน	(3)	
2.1.2 มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพดี ในระดับ “ดี” ขึ้นไป		5	3
	มีระดับของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ระดับพื้นฐาน, ระดับพัฒนา และระดับดี	(5)	
	มีระดับของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ระดับพื้นฐาน และระดับพัฒนา	(4)	
	มีระดับของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ระดับพื้นฐาน	(3)	
2.1.3 มีองค์กรไ้พุง หรือ สถานที่ทำงาน สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยกายใจเป็นสุข		5	
	มีกระบวนการและดำเนินกิจกรรมสุขภาพตามเกณฑ์ 7 ข้อขององค์กรไ้พุง	(5)	4
หรือ	มีขั้นตอนในการผลักดันกิจกรรม/โครงการสถานที่ทำงานสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยกายใจเป็นสุข	(5)	5
2.1.4 ชุมชนมีแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอโดยชุมชนที่เป็นรูปธรรม อย่างน้อย 1 โครงการ		5	---
2.2 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง		20	
2.2.1 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน		5	
● ได้ $\geq$ ร้อยละ 92		(5)	
● ได้ ร้อยละ 89 – 91		(4)	
● ได้ ร้อยละ 86 – 88		(3)	
● ได้ ร้อยละ 83 – 85		(2)	
● ได้ ร้อยละ 80 – 82		(1)	
2.2.2 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง		5	
● ได้ $\geq$ ร้อยละ 92		(5)	
● ได้ ร้อยละ 89 – 91		(4)	
● ได้ ร้อยละ 86 – 88		(3)	
● ได้ ร้อยละ 83 – 85		(2)	
● ได้ ร้อยละ 80 – 82		(1)	
2.2.3 กลุ่ม Pre DM ได้รับการบริการลดเสี่ยง ปรับพฤติกรรม นัดติดตาม 1 / 2 / 3 เดือน และนัดตรวจ FPG ในเดือนที่ 6		5	---
● ได้ $\geq$ ร้อยละ 80		(5)	
● ได้ร้อยละ 60-79		(4)	
● ได้ร้อยละ 40-59		(3)	
● ได้ $\leq$ ร้อยละ 39		(2)	

องค์ประกอบ	คะแนน	เกณฑ์ (ภาคผนวก)
2.2.2 กลุ่ม Pre HT ได้รับการบริการลดเสี่ยง ปรับพฤติกรรม นัดติดตาม 1 / 2 / 3 / 6 เดือน - ได้ $\geq$ ร้อยละ 80 - ได้ร้อยละ 60 – 79 - ได้ร้อยละ 40 – 59 - ได้ $\leq$ ร้อยละ 39	5 (5) (4) (3) (2)	---
2.3 มาตรการการจัดการโรคเรื้อรัง	40	
2.3.1 มีการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ	20	---
1) การพัฒนาคุณภาพของคลินิก NCD Clinic Plus ในระดับ รพสต - มีการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพใน รพสต.ทุกแห่ง - มีการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพใน รพสต.ไม่ครบ ทุกแห่ง	10 (10) (5)	---
2) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ - รอบที่ 1 วัดตามเกณฑ์กระบวนการ (Milestone) - รอบที่ 2 วัดตามเกณฑ์กระบวนการและผลลัพธ์	20	---
2.3.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD risk ได้ $\geq$ ร้อยละ 87.5 - ได้ $\geq$ ร้อยละ 87.5 - ได้ ร้อยละ 85 - ได้ ร้อยละ 82.5 - ได้ ร้อยละ 80 - ได้ $\leq$ ร้อยละ 77.5	10 (10) (8) (6) (4) (2)	---
3. ผลลัพธ์หรือผลความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	50	
3.1 มีนวัตกรรม หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือผลิตภัณฑ์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ นวัตกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำ นวัตกรรม มาใช้จะช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย หรือบุคลากรนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ทั้งยังช่วยประหยัดเวลาและแรงงานได้ด้วย โดยนวัตกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 3 การนำเอาไปปฏิบัติในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่งจัดว่าเป็นนวัตกรรม ขั้นสมบูรณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาการ (Development) มีการทดลองในแหล่งทดลองจัดทำอยู่ ในลักษณะของโครงการทดลองปฏิบัติก่อน (Pilot Project) ระยะที่ 1 มีการประดิษฐ์คิดค้น (Innovation) หรือเป็นการปรุงแต่งของเก่าให้เหมาะสมกับกาลสมัย	5 (5) (4) (3)	
3.2 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรือ รอบเอวเกิน - ลดลง - เท่าเดิม	5 (5) (4)	
3.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ (อย่างน้อย 6 เดือน) - ได้ $\geq$ ร้อยละ 50 - ร้อยละ 40 – 49 - ร้อยละ 30 – 39 - ได้ $\leq$ ร้อยละ 29	5 (5) (4) (3) (2)	

องค์ประกอบ	คะแนน	เกณฑ์ (ภาคผนวก)
3.4 ผู้ป่วยรายใหม่จาก Pre DM ไม่เกิน ร้อยละ 2.40 • $\leq$ ร้อยละ 2.40 • $>$ ร้อยละ 2.40	5 (5) (2)	
3.5 ผู้ป่วยรายใหม่ ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกินร้อยละ 2.50 • $\leq$ ร้อยละ 2.50 • $>$ ร้อยละ 2.50	5 (5) (2)	
3.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40) • ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ $\geq 40\%$ • ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 30% • ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 20% • ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ $\leq 10\%$	10 (10) (8) (6) (5)	
3.7 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50) • ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq 50\%$ • ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 40% • ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 30% • สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $< 20\%$	10 (10) (8) (6) (5)	
3.8 อัตราตายอันเนื่องมาจากโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 2.5 (2568 ลดลง 25%) • สถานการณ์อัตราตายจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มลดลงร้อยละ 2.5 • สถานการณ์อัตราตายจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเท่าเดิม	5 (5) (4)	
รวม	150	

เกณฑ์การประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

องค์ประกอบเกณฑ์และคะแนน

องค์ประกอบ	คะแนน
1. เป็นอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในระดับ “ดี” ขึ้นไป	20
2. มีกิจกรรมและผลผลิตที่สำคัญ	80
2.1 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป	(20)
2.2 มาตรการลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง	(20)
2.3 มาตรการการจัดการโรคเรื้อรัง	(40)
3. มีผลลัพธ์หรือผลความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค NCD	50
1.1 มีนวัตกรรมหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือผลิตภัณฑ์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	(5)
1.2 ความสุขของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรือ รอบเอวเกินลดลง จากปีที่ผ่านมา	(5)
1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ (อย่างน้อย 6 เดือน) ได้ $\geq$ ร้อยละ 25	(5)
1.4 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ไม่เกินร้อยละ 2.40	(5)
1.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เกินร้อยละ 2.50	(5)
1.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	(10)
1.7 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	(10)
1.8 อัตราตายจากโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 2.5 ต่อปี (ปี 2568 ลดลง 25%) (รหัส E10 – E14)	(5)
รวม	150

ผนวก 2

แบบประเมินหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ

1. คุณภาพการบริหารจัดการ

- 1.1 มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน รับผิดชอบการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 1.2 มีแผนการเฝ้าระวังและลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 1.3 มีการดำเนินงานตามแผน
- 1.4 มีการติดตามและประเมินผล

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

- 2.1 ผู้แทนของกลุ่ม/ภาคี /เครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการเฝ้าระวังและลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 2.2 กิจกรรมของแผนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ ที่ได้รับการบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาของชุมชน/แผนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- 2.3 ผู้แทนของกลุ่ม/ภาคี/ เครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ

3. การสื่อสารความรู้และการประชาสัมพันธ์

- 3.1 สื่อท้องถิ่นที่มีการเผยแพร่ความรู้และประชาสัมพันธ์ การพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 3.2 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 3.3 ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ

4. การถ่ายทอดความรู้/ประชุมชี้แจง

- 4.1 เจ้าหน้าที่มีการประชุมชี้แจงและถ่ายทอดความรู้ในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อให้แก่ คณะทำงานหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน
- 4.2 คณะทำงานหมู่บ้านหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีการจัดประชุมประชาคมชาวบ้านเพื่อชี้แจง และทำความเข้าใจในการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 4.3 คณะทำงานหรือคณะกรรมการหมู่บ้านสนับสนุนการถ่ายทอดความรู้ในการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 4.4 คณะทำงานหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่ตรงตามแผนที่กำหนด

5. การดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ

- 5.1 มีข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้านในด้านต่างๆ เช่น
 - ข้อมูลสถานะสุขภาพ/ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ
 - ข้อมูลปัจจัยเอื้อ เช่น ลานกีฬา แหล่งน้ำ ฯ
 - ข้อมูลองค์กรต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่น อสม. ชมรม ฯ
 - ข้อสรุปความต้องการของประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ
- 5.2 มีการเปิดเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น เรื่องการออกกำลังกาย การกินผักและผลไม้สด การลดอาหารไขมัน เป็นต้น
- 5.3 การติดตามการดำเนินงานตามแผนการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อของคณะทำงานหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน
- 5.4 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ
 - 5.4.1 มีการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง ก่อนสร้างเครื่องมือ
 - 5.4.2 มีเครื่องมือการเก็บข้อมูลที่สัมพันธ์กับข้อ 5.4.1
 - 5.4.3 ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ
 - 5.4.4 มีการใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อ

ผนวก 3

ระดับของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดี

1. ระดับพื้นฐาน (การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล)

- 1.1 มีองค์ประกอบเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบลจากหลายภาคส่วน
- 1.2 มีการสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกัน และบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน
- 1.3 มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพตำบลในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรืออื่นๆ โดยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และใช้เกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพประกอบการพัฒนา
- 1.4 มีการพัฒนาความรู้ให้กับ อสม. ในเรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และหลักสูตรนั้กจัดการสุขภาพ

2. ระดับพัฒนา (การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล)

- 2.1 มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล
- 2.2 มีการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน และร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบล โครงการ กิจกรรมและผู้รับผิดชอบ เพื่อการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการของชุมชน
- 2.3 มีการระดมทรัพยากร ทุน และภูมิปัญญาท้องถิ่นจากชุมชนมาใช้สนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้
- 2.4 มีการสื่อสารแผนงาน/ โครงการแก่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

3. ระดับดี (การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ)

- 3.1 มีชุมชน/ท้องถิ่นเป็นพลังสำคัญขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบล/ โครงการ/ กิจกรรม อย่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ
- 3.2 มีกิจกรรมเชิงรุกในหมู่บ้าน/ชุมชน ตามแผนสุขภาพตำบล เช่น การส่งเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส. 1พ.) (ตามกลุ่มวัย) การเฝ้าระวังโรค/เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต การคัดกรอง การคุ้มครองผู้บริโภค โดยมี อสม.แกนนำชุมชน เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
- 3.3 มี อสม.นั้กจัดการสุขภาพที่ได้รับการอบรม และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างน้อยร้อยละ 20 ของที่ได้รับการอบรม
- 3.4 มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ 50

4. ระดับดีมาก (ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง)

- 4.1 มีข้อมูลที่เป็นเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าให้ชุมชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง
- 4.2 มีกระบวนการติดตามและควบคุมกำกับ การบริหารจัดการ การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างสม่ำเสมอ
- 4.3 มีการสรุปประเมินผล เพื่อปรับกระบวนการ/ กิจกรรม/ โครงการ

- 4.4 มีผลผลิต ผลลัพธ์ของการพัฒนา เช่น มีมาตรการทางสังคม มีบริการสุขภาพที่เหมาะสม
แนวโน้มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น แนวโน้มอัตราป่วย อัตราตายลดลง

5. ระดับดีเยี่ยม (ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ)

- 5.1 มีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครูหรือวิทยากรกระบวนการ วิทยากรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 5.2 มีการสรุปบทเรียนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ
- 5.3 มีการพัฒนาศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพ ชุมชน/โรงเรียน อสม. ที่มีหลักสูตรเป็นไปตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน
- 5.4 มีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้การพัฒนาระหว่างชุมชน หรือตำบลอื่นๆอย่างกว้างขวาง

ผนวก 4

ตัวชี้วัด	องค์กรต้นแบบไร้พุง
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข
คำอธิบาย	องค์กรไร้พุง คือ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย สสจ.หนองคาย /รพ.หนองคาย/รพช.ทุกแห่ง/สสอ.ทุกแห่ง/รพ.สต.ทุกแห่ง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบดังนี้ 1. มีคณะกรรมการการจัดการองค์กรให้เป็นองค์กรไร้พุง 2. มีนโยบายด้านการส่งเสริมการจัดการน้ำหนัก 3. มีแผนงานสร้างสุขภาพเพื่อลดโรคอ้วนลงพุง ลดโรคติดต่อเรื้อรัง 4. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคอ้วนลงพุง ภายในองค์กร 5. ร้อยละ 80 ของบุคลากรในองค์กร มีการประเมินค่า BMI และหริอรอบเอว 6. ร้อยละ 65 ของบุคลากรในองค์กร มี BMI และหริอรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (รอบเอวหญิง และชายไม่เกินส่วนสูงหารสอง) 7. ผู้นำองค์กรและกรรมการมีการบริหารจัดการดังนี้ 7.1 มีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาให้เป็นองค์กรไร้พุง 7.2 มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1. มีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/แกนนำ ให้เป็นปัจจุบันและแบ่งบทบาทหรือมอบหมายหน้าที่ชัดเจน 2. กำหนดนโยบาย/แนวทางขับเคลื่อน ผู้นำองค์กร ประชุมคณะกรรมการ กำหนดนโยบาย และระดมสมองเพื่อกำหนดแผนงานและกิจกรรมการดำเนินงาน เพื่อก้าวสู่องค์กรไร้พุงอย่างต่อเนื่อง 3. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายองค์กร นำนโยบายและทิศทางในการดำเนินงาน ออกเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ให้บุคลากรใน องค์กร ได้รับรู้ทั่วกัน นำไปสู่ความร่วมมืออย่างจริงจัง 4. สำรวจสถานการณ์ภาวะอ้วน/พฤติกรรมสุขภาพ มีการสำรวจภาวะอ้วน และอ้วนลงพุง ตลอดจนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของบุคลากรในองค์กร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและประเมินผล 5. เตรียมสื่อและสิ่งสนับสนุน มีการเตรียมและสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์ที่จำเป็น เผยแพร่ให้บุคลากร ได้ทราบ 6. การประสานงาน คณะกรรมการและแกนนำ จะต้องมีการประสานงานและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องรวมถึง ทั้งก่อนและระหว่างดำเนินการ 7. การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ต้องจัดระบบควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุสู่องค์กรไร้พุง วิธีการดำเนินงาน 1. มีการเปิดตัวองค์กรไร้พุง วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการประกาศอย่างเป็นทางการ และมุ่งมั่นที่จะก้าวสู่องค์กรไร้พุง และเป็นการประชาสัมพันธ์ให้กับคนใน สสจ.หนองคายและบุคคลภายนอกได้รับรู้ รูปแบบตามความเหมาะสม ที่สำคัญ ควรเป็นการเปิดตัวกลุ่มคนที่จะประสงค์จะลดอ้วนลงพุงให้แสดงความมุ่งมั่น ตลอดจน แสดงให้เห็นถึงการเอาใจจริงเอาใจของผู้บริหาร

2. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้/ทักษะ/ตระหนัก ที่จะขับเคลื่อน มี 3 ระดับ ได้แก่

- 2.1 ผู้บริหารและคณะกรรมการ
- 2.2 ระดับแกนนำหรือบุคคลต้นแบบ
- 2.3 ระดับบุคลากรทั่วไปในองค์กร

ให้ได้รับความรู้ และทักษะพิชิตอ้วนพิชิตพุง สามารถนำความรู้และทักษะมาจัดการกับภาวะอ้วนลงพุงของตนเอง และหรือเผยแพร่สู่บุคคลอื่นได้

3. การสื่อสารภายในองค์กร มี 3 ประเด็น ได้แก่

3.1 อ้วนอันตราย สื่อสารให้คนในองค์กร เกิดความตระหนักจนอยากลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพตนเอง

3.2 วิธีการลดพุง สื่อสารให้เกิดความรู้และทักษะพิชิตอ้วนพิชิตพุง ตลอดจนควบคุมน้ำหนักให้เป็นปกติ

3.2 คนต้นแบบ นำเอาบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการลดอ้วนเป็นต้นแบบ สื่อ ตามความเหมาะสม

4. แบ่งทีมลดอ้วน ลดพุง

ทฤษฎีการลดอ้วนลดพุง แนะนำให้มีการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มหรือเป็นคู่จะได้ผลดีกว่าการลดคนเดียว

5. สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดพุง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายองค์กรต้องยึด 3 อ. เป็นหลัก

5.1 บรรยากาศด้านอารมณ์ โดยการสื่อสารเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและใช้หลากหลายสื่อ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กร ตื่นตัวและตระหนักตลอดเวลา

5.2 สิ่งแวดล้อมด้านอาหาร พัฒนาร้านอาหารให้มีเมนูอาหารไร้พุง ปรงอาหารให้ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ ควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มรสหวาน น้ำอัดลม ตลอดจนการจัดอาหารว่างในการประชุม ให้ใช้หลักของโครงการประชุมได้ผลคนได้สุขภาพของกรมอนามัย (Health Meeting) นอกจากนั้นอาจมีการส่งเสริมให้มีร้านขายผลไม้และผักในองค์กร

5.3 สิ่งแวดล้อมด้านออกกำลังกาย จัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายในองค์กร และอนุญาตให้บุคลากรออกกำลังกายในช่วงเวลาที่เหมาะสม

5.4 มาตรการด้านสังคม/ค่านิยมองค์กร ต้องกำหนดกฎ ระเบียบ มาตรการด้านสังคม/ค่านิยม ให้เอื้อต่อการลดพุง ตามความเหมาะสมขององค์กร

6. สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรในองค์กร ผู้บริหาร/แกนนำ จะต้องหากิจกรรมหรือวิธีสร้าง

แรงจูงใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยกว่าขั้นตอนอื่น เช่น ของขวัญ หรือค่าตอบแทนอื่นๆตามความเหมาะสม แต่สิ่งที่จะต้องทำคือ เปิดโอกาสให้คนในองค์กรได้แสดงผลงานการลดน้ำหนักของกลุ่ม

7. บันทึกข้อมูล น้ำหนัก ระดับบุคคล บุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรม ต้องมีการบันทึกข้อมูลน้ำหนัก

ของตนเอง ตามแบบฟอร์ม และรวบรวมข้อมูลเป็นภาพรวมขององค์กรเพื่อรายงานต่อไป

- คุณลักษณะขององค์กรไร้พุงมีดังนี้

1. องค์กรไร้พุง หมายถึง องค์กรใน 5 setting ได้แก่ สสจ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.
2. องค์กร มีบุคลากร 20 คนขึ้นไป (สสอ. รวมบุคลากร รพ.สต.,รพ.สต.รวม อสม.ในพื้นที่ตั้ง)
3. ผู้นำองค์กร สมัยใจและยินดีที่จะเข้าร่วมพัฒนาองค์กรสู่องค์กรไร้พุง

ผนวก 5

ขั้นตอนในการผลักดันกิจกรรม/โครงการ สถานที่ทำงานสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยกายใจเป็นสุข

1. ระดมคน/รวมพลเพื่อกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น การป้องกันควบคุมโรคและการบาดเจ็บโดยผู้บริหารขององค์กรพร้อมทั้งสื่อสารให้ทุกคนรับทราบ
2. จัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม และความร่วมมือระหว่างองค์กรกับบุคลากร เช่น สนับสนุนให้เกิดกลุ่มกิจกรรมหรือชมรมต่างๆ เป็นต้น
3. ประเมินสถานการณ์/สำรวจความต้องการในประเด็นและกิจกรรมต่างๆของพนักงาน
4. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความจำเป็นหรือความต้องการของบุคลากร
5. วางแผน/พัฒนาแผนปรับแผนการดำเนินกิจกรรม/โครงการให้สอดคล้องกับปัญหา
6. ดำเนินการตามแผน/กิจกรรม ตัวอย่าง เช่น
 - โครงการ/กิจกรรมเพื่อปลอดโรคและกายใจเป็นสุข : โครงการรณรงค์เพื่อเลิกสูบบุหรี่สูราหรือสารเสพติดโครงการต้านเอดส์ โครงการอาหารเพื่อสุขภาพ โครงการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพกิจกรรม 3อ. 2ส. โครงการรักษหัวใจในที่ทำงาน และโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในการทำงาน
 - โครงการ/กิจกรรมด้านความปลอดภัย : โครงการรณรงค์ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือมาตรการด้านความปลอดภัย โครงการรณรงค์การสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โครงการอนุรักษ์การไต่ยืนในสถานที่ทำงานกิจกรรม 3ม 2ข 1ร
7. ติดตาม/ ตรวจสอบ/ และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินการตามแผนและมีการตรวจสอบผลลัพธ์เป็นระยะหากพบปัญหาต้องดำเนินการแก้ไข และทบทวนตลอดเวลา
8. ทบทวนสรุปผลการดำเนินงานและปรับปรุงแก้ไขต่อยอดขยายผล เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 7/6/-

ความสำเร็จในการป้องกันอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

เกณฑ์การประเมิน DHS-RTI ของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561

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

กิจกรรม DHS-RTI	เกณฑ์การดำเนินงานระดับดี (Good)	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์คะแนน
1. การจัดการข้อมูล เฝ้าระวัง และจัดทำ สถานการณ์	- ข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ ย้อนหลัง (แยกรายเดือนหรือรายไตรมาส) - ไม่จำกัดฐานข้อมูล	ระบุ.....ปี คะแนนที่ได้.....	ข้อมูลปัจจุบัน = 3 คะแนน ย้อนหลัง 1 ปี = 5 คะแนน ย้อนหลัง 2 ปี = 10 คะแนน
2. การสอบสวนการ บาดเจ็บหรือการ เสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนน กรณีเกิดเหตุการณ์ ในพื้นที่	- มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร (เกณฑ์การสอบสวน กรณีเสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป) - คุณภาพการสอบสวนอย่างน้อยให้มีประเด็นนำเสนอสาเหตุและการแก้ไข	จำนวนสอบสวน.....ครั้ง จำนวนเสียชีวิต.....ราย คะแนนที่ได้.....	คิดตามอัตรา ร้อยละ 10 = 1 คะแนน ร้อยละ 20 = 2 คะแนน ร้อยละ 30 = 3 คะแนน ร้อยละ 40 = 4 คะแนน ร้อยละ 50 = 5 คะแนน ร้อยละ 60 = 6 คะแนน ร้อยละ 70 = 7 คะแนน ร้อยละ 80 = 8 คะแนน ร้อยละ 90 = 9 คะแนน ร้อยละ 100 = 10 คะแนน
3. การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ของทีมสหสาขา โดยการประชุมเพื่อนำ ข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ผลักดันให้เกิด มาตรการป้องกัน	- มีหลักฐานการประชุมแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาในอำเภอ ได้แก่ รายชื่อ/หน่วยงาน/ผู้เข้าร่วมประชุม หรือตามที่ทีมกำหนดร่วมวางแผน แลกเปลี่ยนทรัพยากร และภาพถ่ายการประชุม - สามารถใช้ในการประชุม ศปถ.อำเภอ/ท้องถิ่น หรือการประชุมทีมสหสาขาอื่นๆ	มีการประชุม เดือน/ครั้ง และมีบันทึกการประชุม ครั้ง คะแนนที่ได้.....	มีหลักฐานการประชุมบันทึกการประชุม 2 เดือน/ครั้ง = 10 คะแนน 3 เดือน/ครั้ง = 8 คะแนน 4 เดือน/ครั้ง = 6 คะแนน 6 เดือน/ครั้ง = 4 คะแนน 12 เดือน/ครั้ง = 2 คะแนน
4. มีแผนงาน/ โครงการในปีที่ ดำเนินการ	มีแผนงาน/โครงการ ในปีที่ดำเนินการ ระบุกิจกรรมและระยะเวลา และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา	จำนวน.....แผนงาน/ โครงการ คะแนนที่ได้.....	- จำนวน 1 แผนงาน/ โครงการ = 5 คะแนน - จำนวน ≥ 2 แผนงาน/ โครงการ = 10 คะแนน
5. การขับเคลื่อนทีม ระดับตำบลหรือ ระดับหน่วยงานใน การป้องกัน อุบัติเหตุทางถนน (RTI Team ตำบล)	- มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงาน ที่มีสมาชิกจากองค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครของชุมชน เช่น อาสาสมัคร กู้ชีพ, อปพร., อสม., ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI Team ตำบล) - มีเอกสารหลักฐาน ได้แก่ - การจัดตั้ง RTI Team ตำบล - การประชุม RTI Team ตำบล - กิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ของ RTI Team ตำบล - ภาพการประชุม/กิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของ RTI Team ตำบล	จำนวน RTI Team ตำบล ทีม ตำบลทั้งหมด.....ตำบล คะแนนที่ได้.....	ร้อยละ 50 ของตำบล = 10 ร้อยละ 40 ของตำบล = 8 ร้อยละ 30 ของตำบล = 6 ร้อยละ 20 ของตำบล = 4 ร้อยละ 10 ของตำบล = 2 (คิดตามอัตรา ร้อยละ 10 = 2 คะแนน ร้อยละ 50 = 10 คะแนน)

กิจกรรม DHS-RTI	เกณฑ์การดำเนินงานระดับดี (Good)	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์คะแนน
6. การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	- มีการชี้เป้าจุดเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง โดยการนำข้อมูลของสาธารณสุขและหน่วยงานเครือข่าย หรือข้อมูลจากการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและกำหนดจุดเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง เช่น ถนน ทางแยก หน้าโรงเรียน โรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกินขีดปรดเร็ว จอครถไหล่ทาง เป็นต้น - มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อชี้เป้าและการแก้ไขจุดเสี่ยงในการประชุมทีมสหสาขา เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไข ทั้งเชิงกายภาพ หรือเชิงพฤติกรรม เช่น การขั้บรดย้อนศร การจอดบนไหล่ทางของรถใหญ่ การบรรทุกเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย เป็นต้น - มีเอกสารหลักฐาน ได้แก่ ภาพถ่าย พิกัดตำแหน่ง ที่ตั้งจุดเสี่ยง เช่น ชี้อถนน/แยก หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และรายละเอียดการแก้ไข	จำนวนจุดเสี่ยงที่มีการนำเสนอเพื่อชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยง ชี้เป้า.....จุด แก้ไขได้.....จุด รายชื่อจุดเสี่ยง/การแก้ไข 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10..... คะแนนที่ได้.....	ชี้เป้าจุดเสี่ยง/ไตรมาส 1 จุด = 1 คะแนน 2 จุด = 2 คะแนน 3 จุด = 3 คะแนน 4 จุด = 4 คะแนน 5 จุด = 5 คะแนน >6จุด = 10 คะแนน
7. การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด้านชุมชน	- มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด้านชุมชน/ศูนย์สร้างเมา ในช่วงเทศกาลหรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย 3 ตำบลในอำเภอ หรือไม่น้อยกว่า 5 ตำบล - มีเอกสารหลักฐาน ดังนี้ - เอกสารการทำประชาคม/ข้อตกลง/ธรรมนูญหมู่บ้าน - การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบมาตรการ/อบรมกลุ่มเสี่ยง/เสียงตามสาย/ติดตั้งป้ายมาตรการ - การเตรียมทีมผู้ปฏิบัติในด้านชุมชนเพื่อซักซ้อมแนวปฏิบัติ - มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานและภาพถ่ายระบุ วัน/เดือน/ปี ชื่อกิจกรรมที่ดำเนินการบริเวณเหนือหรือใต้ภาพ	- เทศกาลปีใหม่ จำนวนด้านชุมชนในอำเภอ.....ด้านชื่อตำบล ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... - เทศกาลสงกรานต์ จำนวนด้านชุมชนในอำเภอ.....ด้านชื่อตำบล ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบล..... ตำบลทั้งหมด..... ตำบลทั้งหมด..... คะแนนที่ได้.....	คิดตามอัตรา ร้อยละ 10 = 1 คะแนน ร้อยละ 20 = 2 คะแนน ร้อยละ 30 = 3 คะแนน ร้อยละ 40 = 4 คะแนน ร้อยละ 50 = 5 คะแนน ร้อยละ 60 = 6 คะแนน ร้อยละ 70 = 7 คะแนน ร้อยละ 80 = 8 คะแนน ร้อยละ 90 = 9 คะแนน ร้อยละ 100 = 10 คะแนน

กิจกรรม DHS-RTI	เกณฑ์การดำเนินงานระดับดี (Good)	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์คะแนน
8. การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน	- มีการดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนในหน่วยงานภาครัฐ สถานประกอบการ สสอ.โรงเรียน อบต. เทศบาล สภ.ต. รพ.สต. เป็นต้น - มีเอกสารหลักฐาน ดังนี้ - มีเอกสารแสดงถึงการดำเนินงานมาตรการองค์กรของหน่วยงาน - มีการระบุเป้าหมาย เช่น หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย การขับเร็วของรถยนต์ราชการ รถยนต์สถานประกอบการ - มีการติดตามประเมินผล - มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานและภาพถ่ายระบุ วัน/เดือน/ปี ชื่อกิจกรรมที่ดำเนินการ บริเวณเหนือหรือใต้ภาพ	จำนวนองค์กรที่ดำเนินการมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน องค์กร	1 หน่วยงาน = 1 คะแนน 2 หน่วยงาน = 2 คะแนน 3 หน่วยงาน = 3 คะแนน 4 หน่วยงาน = 4 คะแนน 5 หน่วยงาน = 5 คะแนน ≥6 หน่วยงาน = 10 คะแนน (เป็นหน่วยงานนอกเหนือจากหน่วยงานสาธารณสุข.มีเฉพาะสาธารณสุขให้ 1 คะแนน)
9. การสื่อสารความเสี่ยง (รณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ป้องกันการบาดเจ็บทางถนน)	- มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ร่วมกับสหสาขาและเครือข่ายหน่วยงานของรัฐ สถานประกอบการ โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น - มีเอกสารหลักฐาน ดังนี้ - ภาพกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน - ภาพกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ระบุ วัน/เดือน/ปี และ ชื่อชุมชน หรือองค์กร หรือหน่วยงานที่ดำเนินการ บริเวณเหนือหรือใต้ภาพ	จำนวนครั้งในการสื่อสารความเสี่ยง ครั้ง/ไตรมาส	1 ครั้ง = 1 คะแนน 2 ครั้ง = 2 คะแนน 3 ครั้ง = 3 คะแนน 4 ครั้ง = 4 คะแนน 5 ครั้ง = 5 คะแนน ≥6 ครั้ง = 10 คะแนน
10. มีรายงานสรุปผลการดำเนินงาน	- มีรายงานสรุปผลการดำเนินงาน 1 ฉบับ - มีเอกสารหลักฐาน ดังนี้ - มีสรุปการติดตามประเมินผล โดยเปรียบเทียบข้อมูลกับปีที่ผ่านมา ได้แก่ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และเสียชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น กรณีดำเนินงานไม่ครบ 1 ปี สามารถใช้ข้อมูลถึงเดือนก่อนที่จะเข้ารับการประเมินได้ - ข้อมูลที่นำมาใช้ ได้แก่ โรงพยาบาล ตำรวจ บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (www.ThaiRSC.com) หรือจากการบูรณาการข้อมูล 3 หน่วยงาน	มีจำนวน 1 ฉบับ (ผลงานถึงวันประเมิน)	- ไม่มี = 0 คะแนน - มี/1 ประเด็น = 5 คะแนน - มี/อย่างน้อย 2 ประเด็น = 10 คะแนน
หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ 10 กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับที่วัดผลผลิตหรือผลลัพธ์ได้ สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการประเมิน			
สรุปคะแนน		ระดับคะแนน	

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 11/10/5

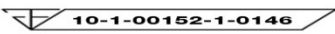
ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง

แบบสอบถามพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ
คำชี้แจงให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ลำดับ ที่	รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมนั้น	การคิดคะแนน (สำหรับเจ้าหน้าที่) (1,0)
1	ท่านอ่านฉลากก่อนซื้อยา อาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ 				
2	การเลือกซื้ออาหารอย่างปลอดภัย โดยสังเกตเครื่องหมาย ออ 				
3	ก่อนซื้อหรือใช้ดูยางอนามัยต้องอ่านฉลากก่อนซื้อ ว่ามีเครื่องหมาย ออ. และดูวันหมดอายุ				
4	การใช้ผลิตภัณฑ์ กำจัดแมลงให้ปลอดภัยต้องใช้เท่าที่จำเป็น ใช้ให้ถูกวิธี ตามคำแนะนำบนฉลาก ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์กำจัดแมลงฉีดพ่นในบริเวณที่มี อาหาร เครื่องดื่มวางอยู่โดยเด็ดขาด				
5	หลังฉีดพ่นผลิตภัณฑ์กำจัดแมลง ท่านล้างมือให้สะอาด				
6	ท่านใช้น้ำมันทอดอาหารซ้ำมากกว่า 2 ครั้งในการประกอบอาหาร				
7	ท่านใช้น้ำมันใหม่ผสมกับน้ำมันเก่าในการทอดอาหาร				
8	ท่านลดความอ้วนโดยการดื่มกาแฟที่มีการโฆษณาว่าสามารถลดความอ้วนได้				
9	ท่านรับประทานอาหารเสริมที่โฆษณาว่า สามารถเสริมสมรรถภาพทางเพศ				
10	ท่านรับประทานอาหารเสริมที่โฆษณาว่า สามารถทำให้หน้าขาวใสขึ้น				
11	ท่านใช้เครื่องสำอางที่โฆษณาว่าช่วยปรับเปลี่ยนสีผิวได้รวดเร็วทันใจ				
12	ก่อนที่จะใช้เครื่องสำอางชนิดใดในครั้งแรก ท่านทำการทดสอบอาการแพ้ ก่อนใช้ โดยทาผลิตภัณฑ์ปริมาณเล็กน้อยบริเวณใต้ท้องแขน แล้วทิ้งไว้ 24- 48 ชั่วโมงเพื่อทดสอบการแพ้				
13	ท่านซื้อยาชุด ยาลูกกลอน หรือยาแผนโบราณอื่นๆ จากรถเร่หรือแผงลอย ที่ขายตามวัดหรือตลาดนัด				
14	ท่านสั่งซื้อยามารับประทานเองจากตัวแทนในอินเทอร์เน็ตหรือทาง facebook				
15	หากท่านต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ ท่านรับประทานตามกำหนด และครบตามที่ แพทย์สั่ง				
16	ท่านใช้เครื่องนวดไฟฟ้าในการคลายเซลล์ลูล์ ลดไขมันในร่างกาย				
17	ท่านซื้อคอนแทคเลนส์ตาโตหรือบิกอายแพ้น้ำจิ้มจากแผงลอย ตลาดนัด หรือ ร้านค้าที่ไม่มีหลักแหล่งแน่นอน				
18	ท่านเคยไปใช้บริการจัดฟันตามตลาดนัด งานเทศกาลหรือร้านเสริมสวย				
19	ท่านเลือกซื้อเนื้อหมูที่มีเนื้อสีชมพู มันสีขาว หนังเกลี้ยงและขาวมาใช้ในการ ประกอบอาหาร				
20	เมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพท่านใช้สิทธิ์ผู้บริโภคในการ ร้องเรียนสายด่วน ออ. 1556 หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง				

(เฉลย)แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

คำชี้แจงให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ลำดับ ที่	รายการ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมนั้น
1	ท่านอ่านฉลากก่อนซื้อยา อาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ 	1	0	1
2	การเลือกซื้ออาหารอย่างปลอดภัย โดยสังเกตเครื่องหมาย อย. 	1	0	1
3	ก่อนซื้อหรือใช้ถุงยางอนามัยต้องอ่านฉลากก่อนซื้อ ว่ามีเครื่องหมาย อย. และดูวันหมดอายุ	1	0	1
4	การใช้ผลิตภัณฑ์ กำจัดแมลงให้ปลอดภัยต้องใช้เท่าที่จำเป็น ใช้ให้ถูกวิธี ตามคำแนะนำบนฉลาก ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์กำจัดแมลงฉีดพ่นในบริเวณที่มีอาหาร เครื่องดื่มวางอยู่โดยเด็ดขาด	1	0	1
5	หลังฉีดพ่นผลิตภัณฑ์กำจัดแมลง ท่านล้างมือให้สะอาด	1	0	1
6	ท่านใช้น้ำมันทอดอาหารซ้ำมากกว่า 2 ครั้งในการประกอบอาหาร	0	1	1
7	ท่านใช้น้ำมันใหม่ผสมกับน้ำมันเก่าในการทอดอาหาร	0	1	1
8	ท่านลดความอ้วนโดยการดื่มกาแฟที่มีการโฆษณาว่าสามารถลดความอ้วนได้	0	1	1
9	ท่านรับประทานอาหารเสริมที่โฆษณาว่า สามารถเสริมสมรรถภาพทางเพศ	0	1	1
10	ท่านรับประทานอาหารเสริมที่โฆษณาว่า สามารถทำให้หน้าขาวใสขึ้น	0	1	1
11	ท่านใช้เครื่องสำอางที่โฆษณาว่าช่วยปรับเปลี่ยนสีผิวได้รวดเร็วทันใจ	0	1	1
12	ก่อนที่จะใช้เครื่องสำอางชนิดใดในครั้งแรก ท่านทำการทดสอบอาการแพ้ก่อนใช้ โดยทาผลิตภัณฑ์ปริมาณเล็กน้อยบริเวณใต้ท้องแขน แล้วทิ้งไว้ 24-48 ชั่วโมงเพื่อทดสอบการแพ้	1	0	1
13	ท่านซื้อยาชุด ยาลูกกลอน หรือยาแผนโบราณอื่นๆ จากรถเร่หรือแผงลอย ที่ขายตามวัดหรือตลาดนัด	0	1	1
14	ท่านสั่งซื้อยามารับประทานเองจากตัวแทนในอินเทอร์เน็ตหรือทาง facebook	0	1	1
15	หากท่านต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ ท่านรับประทานตามกำหนด และครบตามที่แพทย์สั่ง	1	0	1
16	ท่านใช้เครื่องนวดไฟฟ้าในการคลายเคล็ดไหล่ ลดไขมันในร่างกาย	0	1	1
17	ท่านซื้อคอนแทคเลนส์ตาโตหรือบิกายแพชั่นจากแผงลอย ตลาดนัด หรือร้านค้าที่ไม่มีหลักแหล่งแน่นอน	0	1	1
18	ท่านเคยไปใช้บริการจัดฟันตามตลาดนัด งานเทศกาลหรือร้านเสริมสวย	0	1	1
19	ท่านเลือกซื้อเนื้อหมูที่มีเนื้อสีชมพู มั่นสีขาว หนังเกลี้ยงและขาวมาใช้ในการประกอบอาหาร	1	0	1
20	เมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพท่านใช้สิทธิ์ผู้บริโภคในการร้องเรียนสายด่วน อย. 1556 หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1	0	1

หมายเหตุ ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ถือว่ามีพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

แบบสอบถาม ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ปี2561 (ป้องกันโรคอุจจาระร่วง)

ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จ.หนองคาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในคำตอบนั้น

ลำดับที่	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคอุจจาระร่วงเกิดจากการกินอาหารหรือน้ำที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน		
2.	อาการของโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเป็นน้ำเหลวมากกว่าวันละ 3 ครั้ง หรือถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือดเพียงครั้งเดียว		
3.	การถ่ายอุจจาระลงในน้ำ สามารถทำได้ ไม่ก่อให้เกิดโรค		
4.	เมื่อมีอาการอุจจาระร่วง ทำให้ร่างกายขาดน้ำ ควรดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่		
5.	เมื่อมีอาการของโรคอุจจาระร่วง ไม่ควรรงดน้ำ หรือรงดอาหาร แต่ควรให้อาหารอ่อน		
6.	การล้างมือด้วยสบู่ก่อนกินอาหารและหลังจากใช้ส้วม ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
7.	การกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
8.	การกำจัดขยะหรือปกปิดให้มิดชิด ไม่ให้สัตว์คุ้ยเขี่ยหรือแมลงวันตอม ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้		
9.	ควรเลือกซื้อเนื้อสัตว์ที่มีสีแดงเข้ม		
10.	การอุ่นอาหารก่อนกิน ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
11.	อาหารที่ปรุงสุกดีแล้วอาจปนเปื้อนเชื้อโรคได้ หากเก็บรวมไว้กับอาหารดิบ		
12.	ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำจนน้ำมันมีสีดำ ข้นและเหนียว		
13.	การดื่มน้ำที่ดื่มสุกหรือน้ำดื่มบรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
14.	การล้างมือด้วยสบู่ก่อนเตรียมหรือปรุงอาหารช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
15.	มิดและเขียง รวมถึงบริเวณพื้นที่เตรียมหรือปรุงอาหาร หากไม่ได้ทำความสะอาด อาจเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคได้		
16.	การกินอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ ลู่น้ำตก ก้อย แหนม ปลาต้ม ปลาจ่อม ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงและโรคพยาธิได้		
17.	การใช้ช้อนกลางตักอาหาร ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		
18.	การล้างภาชนะใส่อาหาร ต้องล้างด้วยน้ำยาและน้ำสะอาด รวม 3 น้ำ และคว่ำให้แห้ง		
19.	ควรหลีกเลี่ยงอาหารทะเลที่มีเนื้อมูย มีกลิ่นฉุน และแสบตา		
20.	ควรเลือกซื้ออาหารที่มีสีขาวสวยงาม เช่น ถั่วงอก ขิงหั่น หน่อไม้ดอง สับปะรด		
	รวม		

หมายเหตุ

1. ใช้สอบถามกลุ่มเป้าหมายอายุ 11-60 ปี โดยสอบถามไม่ซ้ำบุคคล ในรอบประเมินที่ 1 และ รอบ 2
2. กลุ่มเป้าหมายแต่ละคนตอบถูก 14 ข้อขึ้นไป จึงนับว่ามีพฤติกรรมถูกต้อง 1 คน
3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีพฤติกรรมถูกต้องร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงถือว่าการผ่านเกณฑ์ประเมิน

เกณฑ์การให้คะแนน
แบบสอบถามเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย (ป้องกันโรคอุจจาระร่วง)

ลำดับที่	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคอุจจาระร่วงเกิดจากการกินอาหารหรือน้ำที่ไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน	1	
2.	อาการของโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเป็นน้ำเหลวมากกว่าวันละ 3 ครั้ง หรือถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือดเพียงครั้งเดียว	1	
3.	การถ่ายอุจจาระลงในน้ำ สามารถทำได้ ไม่ก่อให้เกิดโรค		1
4.	เมื่อมีอาการอุจจาระร่วง ทำให้ร่างกายขาดน้ำ ควรดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่	1	
5.	เมื่อมีอาการของโรคอุจจาระร่วง ไม่ควรงดน้ำ หรืองดอาหาร แต่ควรให้อาหารอ่อน	1	
6.	การล้างมือด้วยสบู่ก่อนกินอาหารและหลังใช้ส้วม ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		1
7.	การกินอาหารที่ปรุงสุกๆใหม่ๆ ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง	1	
8.	การกำจัดขยะหรือปกปิดให้มิดชิด ไม่ให้สัตว์คุ้ยเขี่ยหรือแมลงวันตอม ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้	1	
9.	ควรเลือกซื้อเนื้อสัตว์ที่มีสีแดงเข้ม		1
10.	การอุ่นอาหารก่อนกิน ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		1
11.	อาหารที่ปรุงสุกดีแล้วอาจปนเปื้อนเชื้อโรคได้ หากเก็บรวมไว้กับอาหารดิบ	1	
12.	ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำจนน้ำมันมีสีดำ ชื้นและเหนียว	1	
13.	การต้มน้ำที่ดื่มสุกหรือน้ำดื่มบรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง	1	
14.	การล้างมือด้วยสบู่ก่อนเตรียมอาหารหรือปรุงอาหาร ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง	1	
15.	มิดและเขียง รวมถึงบริเวณพื้นที่เตรียมหรือปรุงอาหาร หากไม่ได้ทำความสะอาด อาจเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคได้	1	
16.	การกินอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ ลู่ น้ำตก ก้อย แหนม ปลาสด ปลาจ่อม ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงและโรคพยาธิได้	1	
17.	การใช้ช้อนกลางตักอาหาร ไม่ได้ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง		1
18.	การล้างภาชนะใส่อาหาร ต้องล้างด้วยน้ำยาและน้ำสะอาด รวม 3 น้ำ และคว่ำให้แห้ง	1	
19.	ควรหลีกเลี่ยงอาหารทะเลที่มีเนื้อเยื่อ มีกลิ่นฉุน และแสบตา	1	
20.	ควรเลือกซื้ออาหารที่มีสีขาวสวยงาม เช่น ถั่วงอก ชিংหั้น หน่อไม้ดอง สับปะรด		1
	รวม	14	6

หมายเหตุ

- ใช้สอบถามกลุ่มเป้าหมายอายุ 11-60 ปี โดยสอบถามไม่ซ้ำบุคคล ในรอบประเมินที่ 1 และรอบ 2
- กลุ่มเป้าหมายแต่ละคนตอบถูก 14 ข้อขึ้นไป จึงนับว่ามีพฤติกรรมถูกต้อง 1 คน
- กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีพฤติกรรมถูกต้องร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงถือว่าการผ่านเกณฑ์ประเมิน

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 19/16/-
ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ใน Generation ที่ 2

การดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่” จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561
เป้าหมาย : ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือไม่มีการระบาดของโรค ใน Generation ที่ 2
โดยกำหนดขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงานดังนี้

ระดับคะแนน	ประเด็นการประเมิน	วัตถุประสงค์	เอกสารอ้างอิง/แนวทางปฏิบัติ
1	มีฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่	คปสอ. มีฐานข้อมูลและรายงานสถานการณ์โรคเพื่อเตรียมความพร้อม ในการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ได้	1) ฝั่งการประสานเครือข่าย/ระบบเฝ้าระวัง 2) รายงานการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ ปีที่ผ่านมา 3) ทะเบียนการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่ 4) ฐานข้อมูล R506 อำเภอ
2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่/มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)	การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในรูปแบบคณะกรรมการที่แบ่งภารกิจได้ชัดเจน ภายใต้ระบบบัญชาเหตุการณ์ที่เป็นระบบ	1) คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่หรือคำสั่งฯ อื่นที่กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการสั่งการควบคุมสอบสวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับอำเภอ 2) รายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) 3) ใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านหลักสูตรโครงการพัฒนาศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมาตรฐานกอนามยระหว่างประเทศ (HR 2005)
3	จัดทำโครงการและดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือที่น่าสนใจในพื้นที่	1) สร้างโอกาสการเรียนรู้ทราบข้อบกพร่องของทีม 2) การประสานงานในหน่วยงานที่มีศักยภาพ การสื่อสารดีขึ้น 3) ทราบถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน 4) ทบทวนองค์ความรู้ ทักษะการทำงาน	1) โครงการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาหรือความสนใจของพื้นที่ (ระดับอำเภอ) 2) รายงานผลการดำเนินการซ้อมแผน
4	รายงานผลการสำรวจประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับ การรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่	1) ทราบการรับรู้ ความรู้ เจตคติ ความตระหนัก และพฤติกรรม การป้องกันโรครวมทั้งประเด็นปัญหา และอุปสรรค เพื่อจัดทำแนวทางและแผนการดำเนินงานฯ 2) สร้างการรับรู้ ความรู้ เจตคติ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคแก่ประชาชน โดยวิธีการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ครอบคลุม	1) รายงานผลการสำรวจประชาชนในพื้นที่ พร้อมรายงานสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขเสนอผู้บริหาร
5	รายงานการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่/สามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2	วัดความสำเร็จของกิจกรรม 1-4	ข้อมูลการเกิดโรคใน R506

ผัง/รายละเอียดการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 4

มีรายงานผลการสำรวจประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่

กิจกรรมหลัก	เป้าหมายเชิงปริมาณ/จำนวน	พื้นที่/สถานที่ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม	เดือนในปีงบประมาณ								ผู้รับผิดชอบ				
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.		ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
โครงการสำรวจการรับรู้และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญของประชาชนจังหวัดหนองคาย	ทุกอำเภอ	ทุกอำเภอ	ดำเนินการสำรวจการรับรู้ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญของประชาชนจังหวัดหนองคายตามข้อคำถามของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกรมควบคุมโรค ดังขั้นตอนดังนี้												สสจ.หนองคาย	
			1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน แก่แกนยุทธา & ประเมินผล													สสจ.หนองคาย
			2. แจ้ง คปสอ. (กำหนดตำบลเป้าหมาย) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดแบบสอบถาม/วิธีการการประเมินผล													งาน EID
			3. รพ.สต.เป้าหมาย ลงพื้นที่สำรวจประชาชนด้านความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรม													รพ.สต.
			4. รพ.สต.ประมวลผลโดยโปรแกรม ?													รพ.สต./คปสอ.
			5. รพ.สต.รายงานสรุปผลการสำรวจฯ /ข้อเสนอแก้ปัญหาประเด็นที่พบฯ.ต้องปรับปรุง													รพ.สต./คปสอ.
			6. คป.สอ.สรุปผล KPI (โรคติดต่ออุบัติใหม่)													คป.สอ.
			7. สสจ.สรุปผลการสำรวจ ปชช. รายงานผู้บังคับบัญชา													งาน EID
8. สสจ.สรุปผลการประเมิน KPI (EID)													งาน EID			

รายละเอียดการหาขนาดตัวอย่าง จังหวัดหนองคาย

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากร อายุ 11-60 ปี	ตำบลเป้าหมาย	ขนาด ตัวอย่าง	ชาย	หญิง	18-24 ปี	25-34 ปี	35-44 ปี	45-54 ปี	55-64 ปี	มากกว่า 64 ปี
1	เมืองหนองคาย	102,899	หาดคำ	420	210	210	70	70	70	70	70	70
2	ท่าบ่อ	57,067	บ้านวน	420	210	210	70	70	70	70	70	70
3	โพนพิสัย	67,460	สร้างนางขาว	420	210	210	70	70	70	70	70	70
4	ศรีเชียงใหม่	20,791	พานพร้าว	408	204	204	68	68	68	68	68	68
5	สังคม	16,906	ผาดัง	408	204	204	68	68	68	68	68	68
6	สระใคร	18,801	บ้านฝาง	408	204	204	68	68	68	68	68	68
7	เฝ้าไร่	35,938	วังหลวง	420	204	204	68	68	68	68	68	68
8	รัตนวาปี	26,285	บ้านดอน	420	210	210	70	70	70	70	70	70
9	โพธิ์ตาก	10,487	สวแล	408	204	204	68	68	68	68	68	68
10	พิสัยเวหา	13,009	จุมพล	408	204	204	68	68	68	68	68	68
	รวม	369,644		4,140								

ข้อเสนอแนะ

1. ขนาดตัวอย่าง จะใช้จำนวนเป็นตัวเลขเต็ม และมากกว่าจำนวนได้นิดหน่อย เพื่อ missing/ ข้อมูลไม่ครบ/ แบ่งชาย-หญิงได้เท่ากัน เช่น 398 คน เป็น 420 คน
2. การกำหนดช่วงอายุกลุ่มตัวอย่าง และแต่ละกลุ่มให้จำนวนเท่าๆ กัน เช่น 18-24 ปี, 25-34 ปี, 35-44 ปี, 45-54 ปี, 55-64 ปี, 65 ปีขึ้นไป
3. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญและใช้สำรวจๆ ในจังหวัดหนองคาย คือ โรคไข้หวัดนก และโรคติดต่อไวรัสซิกา



แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นประชาชน เรื่อง...รู้จักและเข้าใจโรคไข้หวัดนก
กรุณาตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ทั้งนี้ คำตอบของท่าน
จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคระดับประเทศต่อไป

1. ท่านคิดว่าโรคไข้หวัดนก ติดต่อได้อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ สัมผัสน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะของผู้ป่วย ☐ การไอหรือจามรดกัน ☐ หายใจเอาฝอยละอองเข้าไป
☐ อาศัยอยู่ในบ้านหรือที่ทำงานเดียวกับผู้ป่วย ☐ ใช้สิ่งของเครื่องใช้ร่วมกับผู้ป่วย
☐ มีประวัติสัมผัสสัตว์ปีกป่วย/ตาย ☐ ไม่แน่ใจ ☐ ไม่ทราบ

2. ท่านคิดว่า อาการโรคไข้หวัดนกรุนแรง มีอาการอย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ มีไข้ ☐ เหนื่อย อ่อนเพลีย ☐ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ☐ ปวดศีรษะ
☐ มีน้ำมูก ☐ ไอ จาม ☐ ใช้สูง นานเกิน 2 วัน ☐ หอบเหนื่อย ☐ อื่นๆ

3. กลุ่มใดที่จะมีอาการโรคไข้หวัดนกรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ประชาชนทั่วไป ☐ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันสูง หัวใจและหลอดเลือด
☐ ผู้สูงอายุ ☐ หญิงตั้งครรภ์ ☐ เด็กเล็ก ☐ อื่นๆ

4. หากท่านมีอาการตามข้อ 2 ท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ซื้อยาปฏิชีวนะกินเอง ☐ ซื้อยาสมุนไพรกินเอง ☐ รีบไปพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับยาต้านไวรัส
☐ กินยาตามอาการ ☐ หยุดเรียน/หยุดงาน พักผ่อนอยู่บ้าน ☐ อื่นๆ ระบุ

5. ท่านจะป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดนกอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ กินอาหารปรุงสุกใหม่ และสะอาด ☐ ปิดปาก เวลาไอและจาม ☐ สวมหน้ากากป้องกันโรค
☐ ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ ☐ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ปีกป่วยหรือตาย
☐ ไม่นำซากสัตว์ปีกป่วยตายมารับประทาน ☐ อื่นๆ

6. ถ้าท่านพบเห็นสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติในที่สาธารณะหรือในชุมชนของท่าน ท่านจะทอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ไม่ทำอะไร ☐ แจ้งปศุสัตว์ในพื้นที่ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
☐ นำไปฆ่าและเป็นอาหาร ☐ นำไปฆ่าและขาย ☐ ขุดหลุมฝังกลบ
☐ โทรแจ้ง 1422 (Call center) ☐ อื่นๆ.....

7. ถ้าท่านพบเห็นสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติในบ้านหรือในฟาร์มของท่าน ท่านจะทอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ไม่ทำอะไร ☐ แจ้งปศุสัตว์ในพื้นที่ ☐ แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
☐ นำไปฆ่าและเป็นอาหาร ☐ นำไปฆ่าและขาย ☐ ขุดหลุมฝังกลบ
☐ โทรแจ้ง 1422 (Call center) ☐ อื่นๆ.....

8. หากท่านป่วยและมีอาการหวัด เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก ท่านจะสวมหน้ากากป้องกันโรคหรือไม่

- ☐ ไม่สวมหน้ากาก ☐ ไม่แน่ใจ
☐ สวมหน้ากาก เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคให้ผู้อื่น ☐ สวมหน้ากากเพื่อไม่ให้รับเชื้อโรคจากผู้อื่น

9. ท่านคิดอย่างไรกับผู้สวมหน้ากากป้องกันโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ รังเกียจ ☐ กลัว ☐ น่าน่าถือ ☐ เฉยๆ ☐ สงสัยจะป่วย

10. ท่านต้องการให้เจ้าของบริการหรือสถานที่ เช่น สายการบิน รถไฟฟ้า รถโดยสาร รถแท็กซี่ เป็นต้น จัดเตรียมหน้ากากป้องกันโรค ไว้ให้กับผู้ที่มีอาการไอ มีน้ำมูก หรือไม่

- ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ไม่แน่ใจ

ตอนที่ 2 : ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

- 1) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- 2) อายุ ☐ 15-24 ปี ☐ 25-34 ปี ☐ 35-44 ปี
☐ 45-54 ปี ☐ 55-64 ปี ☐ 65 ปีขึ้นไป
- 3) การศึกษา ☐ ประถมและต่ำกว่า ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย / ปวช.
☐ อนุปริญญา / ปวส. ☐ ปริญญาตรี / สูงกว่า
- 4) รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน
☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท ☐ 10,001-15,000 บาท
☐ 15,001-20,000 บาท ☐ 20,001-25,000 บาท ☐ 25,000 บาทขึ้นไป
☐ อื่นๆ
- 5) อาชีพ ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ นักเรียน / นักศึกษา
☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
☐ อื่นๆ

กรุณาตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

ทั้งนี้ คำตอบของท่าน จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคระดับประเทศต่อไป

1. ท่านรู้จัก/เคยได้ยิน โรคติดเชื้อไวรัสซิกาหรือไม่

- ☐ รู้จัก/เคยได้ยิน ☐ ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยิน

2. ท่านคิดว่า โรคติดเชื้อไวรัสซิการุนแรงหรือไม่

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ท่านคิดว่า ภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา มีอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ทารกแรกเกิดสมองเล็กหรือศีรษะเล็ก ☐ การทำงานของระบบประสาทผิดปกติ
☐ มีภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ☐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ☐ ไม่ทราบ

4. ท่านทราบหรือไม่ว่า ใครป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกา แล้วมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น

- ☐ เด็กนักเรียน ☐ ผู้ใหญ่ ☐ หญิงตั้งครรภ์ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ทุกวัย ☐ ไม่ทราบ

5. ท่านทราบวิธีติดต่อที่สำคัญของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาติดต่อหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ยุงลายกัด ☐ แม่สู่ลูก ขณะตั้งครรภ์ ☐ การรับเลือด
☐ เพศสัมพันธ์ ☐ ไม่ทราบ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. ถ้าท่านมีไข้ ผื่น ตาแดง ปวดข้อ หรือสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ท่านจะอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ซื้อยาแผนปัจจุบันกินเอง ☐ ซื้อยาสมุนไพรกินเอง ☐ รีบไปพบแพทย์
☐ ปล่อยให้หายเอง ☐ หยุดเรียน หยุดงาน / พักผ่อนอยู่บ้าน ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. ถ้ามีหญิงตั้งครรภ์ในครอบครัวท่าน มีไข้ ผื่น ตาแดง ท่านจะอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ซื้อยาแผนปัจจุบันกินเอง ☐ ซื้อยาสมุนไพรกินเอง ☐ รีบไปพบแพทย์
☐ ปล่อยให้หายเอง ☐ หยุดเรียน หยุดงาน / พักผ่อนอยู่บ้าน ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. ท่านกลัวจะติดเชื้อ/ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกา หรือไม่

- ☐ กลัว ☐ ไม่กลัว

9. ถ้าท่านกลัวติดเชื้อไวรัสซิกา ท่านจะอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ ☐ ป้องกันไม่ให้ยุงกัด ☐ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวแก่
☐ ร้องขอให้หน่วยงานภาครัฐช่วยเหลือ ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ไม่ทำอะไรเลย

10. ท่านกลัวโรคไข้เลือดออก หรือ โรคติดเชื้อไวรัสซิกามากกว่ากัน

- ☐ โรคไข้เลือดออก ☐ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ☐ กลัวโรคอื่นๆ ระบุ

11. ถ้าท่านหรือสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ท่านคิดว่าติดเชื้อจากสถานที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ บ้าน ☐ โรงเรียน ☐ ที่ทำงาน ☐ โรงพยาบาล/รพ.สต./สถานอนามัย
☐ สถานที่ท่องเที่ยว ☐ วัด ☐ ชุมชน ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

12. ท่านคิดว่าวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา มีวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ☐ กำจัดยุงลายตัวแก่ ☐ กำจัดภาชนะที่มีน้ำขัง
☐ ป้องกันไม่ให้ยุงกัด ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

13. ท่านคิดว่าแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมีที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ โอ่งน้ำ / ถังน้ำ ☐ จานรองขาตู้ ☐ ภาชนะที่มีน้ำขัง
☐ อ่างบัว ☐ แจกันดอกไม้ ☐ ยางรถยนต์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

14. ท่านเคยได้อินมาตรการ “3 เก็บ 3 โรค” หรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

15. ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านท่านหรือไม่

☐ สำรวจ ทุก.....สัปดาห์ ทุก.....เดือน ทุก..... ☐ ไม่ได้สำรวจ

16. ท่านคิดว่าใครมีความสำคัญในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย/ยุงลายตัวแก่ในบ้านของท่าน

☐ ตัวท่านเอง ☐ ชุมชนร่วมกันกำจัดยุง ☐ ร้องขอให้ อสม. ช่วยเหลือ
☐ ร้องขอเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยเหลือ ☐ ร้องขอเจ้าหน้าที่ อบต. ช่วยเหลือ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

17. ท่านใช้วิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายในชีวิตประจำวันอย่างไร

กิจกรรม	ทาประจำทุก 7 วัน	ทาบ้าง	ไม่เคยทา	ไม่มีภาชนะที่ต้องทากิจกรรมนี้
1. ปิดฝาโอ่งหรือถังน้ำ				
2. เปลี่ยนปลากินลูกน้ำ				
3. ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ				
4. ใช้น้ำส้มสายชู/เกลือ/ผงซักฟอก				
5. เปลี่ยนน้ำในแจกัน				
6. ทำความสะอาดรอบบ้าน				
7. อื่นๆ (ระบุ).....				

ตอนที่ 2 : ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2) อายุ ☐ 15-24 ปี ☐ 25-34 ปี ☐ 35-44 ปี
☐ 45-54 ปี ☐ 55-64 ปี ☐ 65 ปีขึ้นไป

3) การศึกษา ☐ ประถมและต่ำกว่า ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย / ปวช.
☐ อนุปริญญา / ปวส. ☐ ปริญญาตรี / สูงกว่า

4) รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท ☐ 10,001-15,000 บาท
☐ 15,001-20,000 บาท ☐ 20,001-25,000 บาท ☐ 25,000 บาทขึ้นไป
☐ อื่นๆ

5) อาชีพ ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ นักเรียน / นักศึกษา
☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
☐ อื่นๆ

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 21/-/-

ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม
สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนเต็มข้อละ 3 คะแนน โดยพิจารณาตามการดำเนินการ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รพท. รพช. รพ.สต.
3	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ มีความโดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมิน มาปรับปรุง
2	มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ย เกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงานในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น
1	เริ่มต้นดำเนินการ โดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าว อยู่บ้างในบางเรื่องบางด้านแต่ไม่ ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ
0	ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุ ไว้ในเกณฑ์ หรือมีการ ดำเนินงานที่ น้อยกว่าความคาดหวังที่กำหนด

การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม ของ รพ.สต.

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อ	คะแนน เต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ ผ่าน
องค์ประกอบที่1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้}/15) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้}/15) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีว อนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก ผู้ประกอบอาชีพภายนอก และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	6	18	$(\text{คะแนนที่ได้}/18) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การ ส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้}/15) \times 100$	50%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานด้านการจัดบริการ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม	4	12	$(\text{คะแนนที่ได้}/12) \times 100$	50%
รวม	25	75		

การแบ่งระดับภายหลังการประเมินของ รพ.สต.

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1 และ 3
 ระดับ ดี คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3
 ระดับ ดีมาก คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-4
 ระดับ ดีเด่น ระดับดีเด่นต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5

**การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม
สิ่งแวดล้อม ของ โรงพยาบาลชุมชน**

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อ	คะแนน เต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ ผ่าน
องค์ประกอบที่1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	$(\text{คะแนนที่ได้}/24) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	$(\text{คะแนนที่ได้}/30) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก แก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	$(\text{คะแนนที่ได้}/27) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10	30	$(\text{คะแนนที่ได้}/30) \times 100$	70%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานด้านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15	$(\text{คะแนนที่ได้}/15) \times 100$	50% ขึ้นไป
รวม	42	126		

การแบ่งระดับภายหลังการประเมินโรงพยาบาลชุมชน

- ระดับ เริ่มต้นพัฒนา** คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1, 2 ร้อยละ 70
- ระดับ ดี** คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 50
- ระดับ ดีมาก** คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 70 และ คะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 60
- ระดับ ดีเด่น** ระดับดีเด่นต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 ร้อยละ 70 ขึ้นไป

ระดับ	องค์ประกอบที่1	องค์ประกอบที่2	องค์ประกอบที่3	องค์ประกอบที่4	องค์ประกอบที่5
เริ่มต้นพัฒนา	70	70	-	-	-
ดี	70	70	70	-	50
ดีมาก	70	70	70	-	60
ดีเด่น	70	70	70	70	70

**การพิจารณาค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม
สิ่งแวดล้อม ของ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อ	คะแนน เต็ม	วิธีการคำนวณคะแนน	เกณฑ์ ผ่าน
องค์ประกอบที่1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	27	(คะแนนที่ได้/24)×100	80%
องค์ประกอบที่2 การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	(คะแนนที่ได้/30)×100	80%
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก แก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก	9	27	(คะแนนที่ได้/27)×100	80%
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	36	(คะแนนที่ได้/36)×100	80%
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานด้านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	24	(คะแนนที่ได้/24)×100	50%ขึ้นไป
รวม	48	150		

การแบ่งระดับภายหลังการประเมินโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

ระดับ เริ่มต้นพัฒนา คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1, 2 ร้อยละ 80

ระดับ ดี คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3และ5 โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 80 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 70

ระดับ ดีเด่น ระดับดีเด่นต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับ	องค์ประกอบที่1	องค์ประกอบที่2	องค์ประกอบที่3	องค์ประกอบที่4	องค์ประกอบที่5
เริ่มต้นพัฒนา	80	80	-	-	-
ดี	80	80	80	-	50
ดีมาก	80	80	80	-	70
ดีเด่น	80	80	80	80	80

หมายเหตุ : รายละเอียดการประเมินฯ ดาวน์โหลดได้ที่

http://ed2.surinpho.go.th/documents/1486630024_.docx (รพ.สต.)

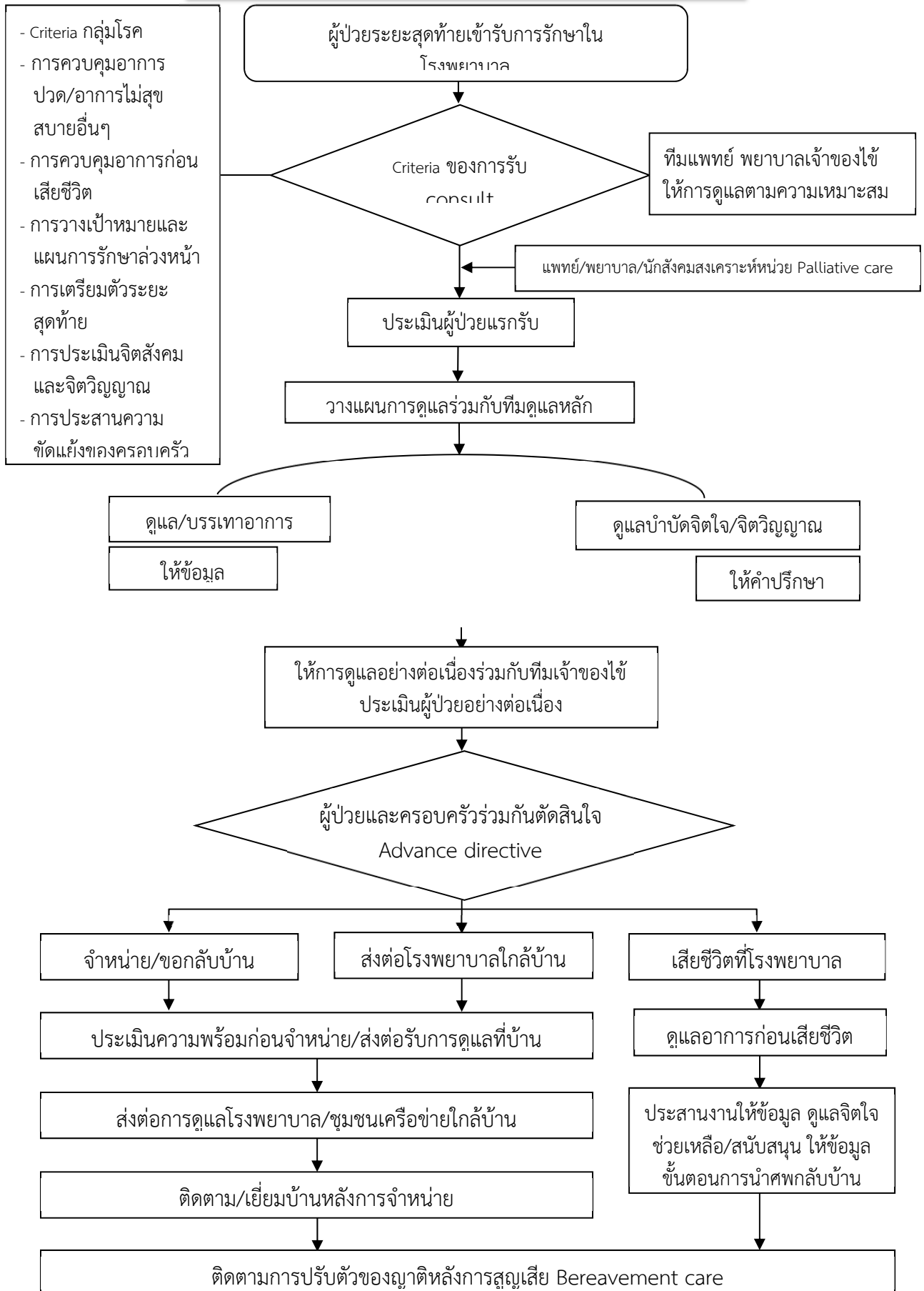
http://ed2.surinpho.go.th/documents/1486630394_.docx (รพช.)

[http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/1.2%20Self-assessment-Central%2060%20\(5-1-60\).pdf](http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/1.2%20Self-assessment-Central%2060%20(5-1-60).pdf) (รพท.)

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 31/25/13

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

Work Flow Palliative หนองคาย 2560



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 สมุนไพรบำบัด 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 สมุนไพรบำบัด 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 ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์และการจัดหาให้เพียงพอ 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 : พยาบาลระดับประคับประคองประจำหอผู้ป่วย) ครอบคลุมหน่วยงานบริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	3) กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลตามแนวทาง Palliative Care ได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (5 คะแนน)	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน	80 % = 10 คะแนน 70 % = 8 คะแนน 60 % = 6 คะแนน 50 % = 4 คะแนน 40 % = 2 คะแนน
	4) มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (5 คะแนน)	มี = 5 ไม่มี = 0	มี = 5 ไม่มี = 0
	5) มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong opioid medication และ/หรือมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุตบำบัด 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 และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุตบำบัด 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 หรือกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีการดำเนินงานร่วมกับ 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 (20 คะแนน)	1) มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยให้ สามารถยืมไปใช้ ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ ปี 2560-2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านในโรงพยาบาลระดับ S เป็นอย่างน้อย (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
	2) มีการสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อ ของจังหวัดหนองคายที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง ปี 2560-2561 มีการสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางในโรงพยาบาล (ระดับโรงพยาบาล) (10 คะแนน)		มี = 10 ไม่มี = 0
5 (20 คะแนน)	1) มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพจนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) ปี 2560 บรรลุเป้าหมาย (Goal) > ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP (10 คะแนน)		≥50 % = 10 คะแนน 40-49 % = 8 คะแนน 30-39 % = 6 คะแนน 20-29 % = 4 คะแนน 10-19 % = 2 คะแนน
	2) มีงานวิจัยหรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคองและมีการเทียบเคียง (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 42/33/16

ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์ CKD clinic/CKD Corner

เกณฑ์ประเมิน CKD corner ระดับรพ.สต. (เอกสารหมายเลข 1)

เกณฑ์	คำอธิบายเกณฑ์		แหล่งข้อมูล/ วิธีการประเมิน
	คะแนน	อธิบาย	
1. ทีมบุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วย	0	ไม่มีพยาบาลรับผิดชอบประจำคลินิก	
	1	มีพยาบาลรับผิดชอบประจำคลินิก	
	2	มี 1 + ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	
	3	มี 1 + ทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	
	4	มี 3 + การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	
2. ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD	0	ไม่มี	
	1	มี+มีการแยก CKD staging	
	2	มี 1+ มีข้อมูลการส่งและรับ refer	
	3	มี 1+2+มีระบบการลงทะเบียน CKD new case	
	4	มี 1+2+3+มีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยมีการคืนข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน	
3. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยใน 4 หัวข้อหลัก 3.1 Introduction to CKD 3.2 การใส่ยาในผู้ป่วย CKD 3.3 Nutrition in CKD 3.4 Renal replacement Therapy	0	ไม่มีการให้สุขศึกษา	
	1	มี 1 เรื่อง	
	2	มี 2 เรื่อง	
	3	มี 3 เรื่อง	
	4	มีครบทั้ง 4 เรื่อง	
4. สื่อการสอนเช่น Food Model ,สื่อสิ่งพิมพ์(แผ่นพับ/โปสเตอร์), CD	0	ไม่มี	
	1	มีแต่ไม่เพียงพอ	
	2	มีเพียงพอ	
	3	มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะ สุขภาพของผู้รับบริการ	
	4	มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	
5. การจัดการบริการการดูแลผู้ป่วย CKDต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย CKD stage 3-4	0	ไม่มี	
	1	มีทีมรักษไต แบ่งหน้าที่และกำหนดแนวทางชัดเจน	
	2	มี 1+ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่บ้านครบทั้ง 5 หัวข้อดังนี้	
		- การติดตามวัดความดันโลหิต	
		- การติดตามการใส่ยา	
		- การออกกำลังกาย	
		- การติดตามการรับประทานอาหาร	
		- การวัดรอบเอว	
	3	มี 1+2+มีการติดตามดูแลผู้ป่วย CKDอย่างน้อยปีละ2ครั้ง	
	4	การมีส่วนร่วมของชุมชน	
6. มินิวัตรกรม/CQI	0	ไม่มี	
	1	มี	
คะแนนเต็ม 21 คะแนน จะผ่านเกณฑ์ได้ต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (17 คะแนน)			

(เอกสารหมายเลข 2)

เกณฑ์การประเมิน CKD clinic คุณภาพระดับ รพช.ระดับ F3 ขึ้นไป ปี 2561

เกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพคลินิกชะลอไตเสื่อม (คะแนนเต็ม 24 คะแนน) จะผ่านเกณฑ์ได้ต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (19 คะแนน)

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ (5 ตัวชี้วัด = 50 คะแนน)
จะผ่านเกณฑ์ได้ต้องได้คะแนนร้อยละ 50 ขึ้นไป (25 คะแนน)

เป้าหมาย

1. ระดับ F2 ขึ้นไปต้องผ่านคะแนนส่วนที่ 1 (กระบวนการ) ร้อยละ 80 และคะแนนส่วนที่ 2 (ผลลัพธ์) ร้อยละ 50
2. ระดับ F3 ต้องผ่านคะแนนส่วนที่ 1 (กระบวนการ) ร้อยละ 60 และ คะแนนส่วนที่ 2 (ผลลัพธ์) ร้อยละ 40

การประเมิน CKD clinic คุณภาพระดับรพ.ระดับ F3 ขึ้นไป ปี 2561 (แผ่นที่ 1)

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพคลินิกชะลอไตเสื่อม

เกณฑ์	คำอธิบายเกณฑ์		แหล่งข้อมูล/ วิธีการประเมิน
	คะแนน	อธิบาย	
1. ทีมบุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วย	0	มีเพียงแพทย์ ไม่มีพยาบาลประจำคลินิก	
	1	มีเพียงแพทย์และพยาบาล	
	2	มีแพทย์/พยาบาล/นักโภชนาการหรือผู้ดูแลเรื่องอาหาร	
	3	มีครบทั้งแพทย์/พยาบาล/ นักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ/เภสัชกร/หรือมีนักกายภาพบำบัด (ตามบริบทของรพ.)	
	4	มีครบตามข้อ3อย่างเพียงพอ/มีทีมอื่นๆร่วมดูแล	
2. ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD	0	ไม่มี	
	1	มี+มีการแยก CKD stagingและมีฐานข้อมูลตัวชี้วัดผลการดูแลรักษา (เช่น eGFR, FBS, BP, ACEI)	
	2	มี1+ และมีฐานข้อมูลเชื่อมโยงกับ hospital information system (HIS) และ Lab information system (LIS)	
	3	มี1+2+มีระบบข้อมูลเชื่อมโยงกับรพ.สต.หรือระดับอำเภอ/จังหวัด	
	4	มี1+2+3+มีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยมีการคืนข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน	
3. มีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยใน 4 หัวข้อหลัก 3.1 Introduction to CKD 3.2 การใช้ยาในผู้ป่วย CKD 3.3 Nutrition in CKD 3.4 Renal replacement Therapy	0	ไม่มีการให้สุขศึกษา	
	1	มี 1 เรื่อง	
	2	มี 2 เรื่อง	
	3	มี 3 เรื่อง	
	4	มีครบทั้ง 4 เรื่อง	
4. สื่อการสอนเช่น Food Model , สื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ/โปสเตอร์), CD	0	ไม่มี	
	1	มีแต่ไม่เพียงพอ	
	2	มีเพียงพอ	
	3	มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะ สุขภาพของผู้รับบริการ	
	4	มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	
5. การจัดการบริการการดูแล ผู้ป่วย CKD ต่อเนื่องที่บ้านใน ผู้ป่วย CKD stage 3-4	0	ไม่มี	
	1	มีการกำหนดโครงสร้างและกำหนดแนวทางชัดเจน เช่น ทีมรักษไตหรือ family care team	
	2	มีการกำหนดแนวทางและระยะเวลาการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมในเรื่องการติดตามวัดความดันโลหิต การใช้ยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารการวัดรอบเอว)	
	3	มีการปฏิบัติตามแนวทาง (1+2) ได้อย่างน้อย 50 % และมีการส่งข้อมูลระหว่าง รพ. รพ.สต.	
	4	การมีส่วนร่วมของชุมชน /อปท./มีการรวมกลุ่มหรือชมรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย	
6. มีกิจกรรม KM /นวัตกรรม/CQI	0	ไม่มี	
	1	มีกิจกรรม KM	
	2	มี1+นำผลการ KM มาปรับปรุงงานอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	
	3	มี1+2 การกระจายความรู้แก่ผู้อื่น	
	4	มี1+2+3 มีนวัตกรรม	

คะแนนเต็ม 24 คะแนน จะผ่านเกณฑ์ได้ต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (19 คะแนน)

การประเมิน CKD clinic คุณภาพระดับรพ.ระดับ F3 ขึ้นไป ปี 2561 (ต่อแผ่นที่ 2)
 ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์คลินิกชะลอไตเสื่อม (50 คะแนน)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	คะแนน	คะแนนที่ได้	
				ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
1. ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD	≥90%	50-<60	2		
		60-<70	4		
		70-<80	6		
		80-<90	8		
		≥90	10		
2. ร้อยละของผู้ป่วย CKD 1-4 และเป็น DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥40%	10-<20	2		
		20-<30	4		
		30-<40	6		
		40-<50	8		
		≥50	10		
3. ร้อยละของผู้ป่วย CKD 1-4 ที่ควบคุมระดับ BP ได้	≥50%	20-<30	2		
		30-<40	4		
		40-<50	6		
		50-<60	8		
		≥60	10		
4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD 1-4 ที่การได้รับยา ACE-I/ ARB-I/ARB ได้ตามเป้า	≥50%	20-<30	2		
		30-<40	4		
		40-<50	6		
		50-<60	8		
		≥60	10		
5. ร้อยละของผู้ป่วย CKD 3-4 ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้า	≥65%	50-<55	2		
		55-<60	4		
		60-<65	6		
		65-<70	8		
		≥70	10		

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 51/41/ 19-24

ร้อยละแผนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก

เกณฑ์การให้คะแนน ประเมิน รพท./รพช. วัดตามแบบประเมิน MCH Board ระดับอำเภอ

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
1. MCH Board ระดับอำเภอ		10
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 ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือ และเด็กที่สงสัยพัฒนาล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัด 1.5 มีการทำ case conference ในกรณีมารดาตายหรือทารกตาย หรือ กรณีอื่นๆ ที่น่าสนใจอย่างน้อย 1 ครั้ง/6 เดือน (บันทึกรายงาน)	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	
2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดขึ้นเอง/MCH Board จังหวัด/เขตบริการสุขภาพที่ 8 (ประเมินตามการจัดอบรมที่เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว)		10
2.1 อบรมเชิงปฏิบัติการ การทำคลอดและการใช้แบบฟอร์มและกราฟดูแลคลอด สำหรับแพทย์ พยาบาลและทบทวนมาตรฐานการดูแลคลอด	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	- พยาบาลห้องคลอดผ่านการฝึกปฏิบัติทักษะการคลอด ครบทุกคน = 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 คัดกรองเด็กปฐมวัยโดยใช้คู่มือ DSPM และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมจัดเก็บข้อมูล	- ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ครบทุกคน = 2 คะแนน ไม่ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	2
3. การจัดบริการ ANC/LR/WCC ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (ประเมินโดยทีม MCH Board ระดับอำเภอ)		25
3.1 ผลการประเมิน ANC คุณภาพ	1. 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 ผ่าน เกณฑ์คุณภาพ 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/แบบฟอร์มการประเมิน ตนเองของกรมการแพทย์/แบบฟอร์มการ ติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก) ตาม เอกสารแนบท้ายตัวชี้วัด 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		55
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่มีแม่ตาย = 5 มีแม่ตาย = 0	5
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (QOF)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.0 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 77.5 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75.0 = 1 คะแนน	5
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.0 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 77.5 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75.0 = 1 คะแนน	5
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (QOF)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.0 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.5 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.0 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.5 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7.0 = 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

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
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
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

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 (จาก HDC/Cockpit) อำเภอ.....

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	Base line ปี 2560	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2561		
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	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. 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. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ				
12. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
13. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
14. LR คุณภาพ ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตนเองตามแบบฟอร์มกรมการแพทย์		100 คะแนน		

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงต่ำ

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	
- กะละมังหรือถาด สำหรับรับรองรับกร	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ถ้วย 3 ใบ สำหรับใส่	
-> 0.9%NSS ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> สำลีก้อนเล็ก 2 ก้อน ขูบ 0.9%NSS สำหรับเช็ดตาทารกแรกเกิด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> สำลีก้อนใหญ่ 3 ก้อน ขูบ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือ Betadine Solution สำหรับเช็ดสะดือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ลูกสูบยางแดง 1 อัน	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- เชือก หรือยางรัดสายสะดือ 1-2 เส้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ผ้าก๊อซ สำลี ผ้า safe perineum	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ผ้าเช็ดตัว หรือผ้าก๊อซ สำหรับเช็ดตัวทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Sponge holding forceps 1 ด้าม สำหรับคีบสำลีทำความสะอาด ภายหลังการฟอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยน้ำสบู่ หรือ Hibi scrub	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- กรรไกรตัดผิเย็บ 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Long arterial forceps หรือ Kocher clamps 2 ด้าม สำหรับหนีบสาย สะดือก่อนการตัด	☐ 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
- ผ้าสเลียมปราศจากเชื้อสำหรับคลุมหน้าห้อง ปูรองกัน ผ้ารองรับทารกและผ้าสเลียมเจาะกลางอย่างละ 1 ผืน และปลอกขา 1 คู่	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- น้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือBetadine 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 พร้อม reservior ที่สะอาด/ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- หน้ากาก (mask) ขนาดเหมาะสม ที่สะอาด / ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- แหล่งออกซิเจน สายต่อ และขวดน้ำให้ความชื้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ข้อต่อ finger-tip หรือ ตัว 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. มีชุดเครื่องมือกู้ชีพของทารกแรกเกิดที่พร้อมใช้ ได้แก่	
- เครื่องดูดสารคัดหลั่ง(suction) ที่ปรับแรงดูดให้อยู่ที่ 100 มม.ปรอท	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ลูกยางแดง (bulb syringe) ที่ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- แหล่งออกซิเจน สายต่อ และขวดน้ำให้ความชื้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ท่อ (tubing) สำหรับให้ออกซิเจน	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- หน้ากาก (mask) เบอร์ 0, 1, 2 อย่างละ 1 ชิ้น ที่สะอาด หรือปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Self Inflating bag ขนาด 240 cc ที่สะอาดหรือปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที

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 ต่อ จำนวนผู้คลอด =
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
- อัตราการตายของมารดา ที่ refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์: 1 แสน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตกเลือดหลังคลอด	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์%
9. มีการประชุมรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงนโยบาย และแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	☐ 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	
- กะละมังหรือถาด สำหรับรับรองรับกร	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ถ้วย 3 ใบ สำหรับใส่	
-> 0.9%NSS ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> สำลีก้อนเล็ก 2 ก้อน ขูบ 0.9%NSS สำหรับเช็ดตาทารกแรกเกิด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
-> สำลีก้อนใหญ่ 3 ก้อน ขูบ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือ Betadine Solution สำหรับเช็ดสะดือ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ลูกสูบยางแดง 1 อัน	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- เชือก หรือยางรัดสายสะดือ 1-2 เส้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ผ้าก๊อซ สำลี ผ้า safe perineum	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ผ้าเช็ดตัว หรือผ้าก๊อซ สำหรับเช็ดตัวทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Sponge holding forceps 1 ด้าม สำหรับคีบสำลีทำความสะอาด ภายหลังการฟอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยน้ำสบู่ หรือ Hibiscrub	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- กรรไกรตัดผิเย็บ 1 ด้าม	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- Long arterial forceps หรือ Kocher clamps 2 ด้าม สำหรับหนีบสาย สะดือก่อนการตัด	☐ 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
- ผ้าส่เหลี่ยมปราศจากเชื้อสำหรับคลุมหน้าห้อง ปูรองกัน ผ้ารองรับทารกและผ้าส่เหลี่ยมเจาะกลางอย่างละ 1 ผืน และปลอกขา 1 คู่	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- น้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ 70%แอลกอฮอล์ หรือ Triple dye หรือBetadine 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 พร้อม reserrior ที่สะอาด/ ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- หน้ากาก (mask) ขนาดเหมาะสม ที่สะอาด / ปราศจากเชื้อ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- แหล่งออกซิเจน สายต่อ และขวดน้ำให้ความชื้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ใช้งานไม่ได้ ☐ ใช้งานได้ทันที
- ข้อต่อ finger-tip หรือ ตัว 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 สายต่อ และขวดน้ำให้ความชื้น	☐ 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 ที่สะอาด หรือปราศจากเชื้อ	☐ 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. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการทำคลอดตามหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต หรือพยาบาลศาสตร์	☐ บางคน ☐ ทุกคน
3. มีทีมบุคลากรที่สามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มีคุณภาพ ☐ มีคุณภาพ
4. มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอด ไม่น้อยกว่า 1:3	จำนวนแพทย์+พยาบาล ต่อ จำนวนผู้คลอด =
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
- อัตราการตายของมารดา ที่ refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์ : 1 แสน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตกเลือดหลังคลอด	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์%
9. มีการประชุมรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงนโยบาย และแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	☐ ไม่มี ☐ มี
10. มีธนาคาร / ระบบ / เครือข่ายในการหาเลือด	☐ ไม่มี ☐ มี
11. มีระบบประกันคุณภาพจากโรงพยาบาลชุมชน และมีระบบที่จะให้ผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งมาได้พบสูติแพทย์ทันทีโดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน	☐ ไม่มี ☐ มี
มีการทบทวนการดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตทุกราย เพื่อหาจุดบกพร่องและทำการปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ	☐ ไม่มี ☐ มี
12. ส่งรายงานการประชุมพร้อมเวชระเบียนของมารดาที่เสียชีวิตให้คณะกรรมการของกรมการแพทย์พิจารณาทุกรายภายใน 7 วันหลังการเสียชีวิตของมารดา	☐ ไม่มี ☐ มี

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมิน การคลอดมาตรฐาน (F3 รพ.เฝ้าไร่/F2 รพ.ศรีเชียงใหม่,รพ.สังคม/F1 รพ.โพนพิสัย/ M2 รพ.ท่าบ่อ/S รพ.หนองคาย)
- ปีงบประมาณ.2561 -
- ปีงบประมาณ 2562 รพ.สระใคร
- ปีงบประมาณ 2563 รพ.รัตนวาปี
- ปีงบประมาณ 2564 รพ.เฝ้าไร่

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2558	2559	2560
1.อัตราส่วนมารดาตายไม่ 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. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน				
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ			
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ			
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ			
12.คลินิก ANCผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก	ร้อยละ 100			
13.คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก	ร้อยละ 100			
14.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	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ประเมินนิเทศรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 61/49/29

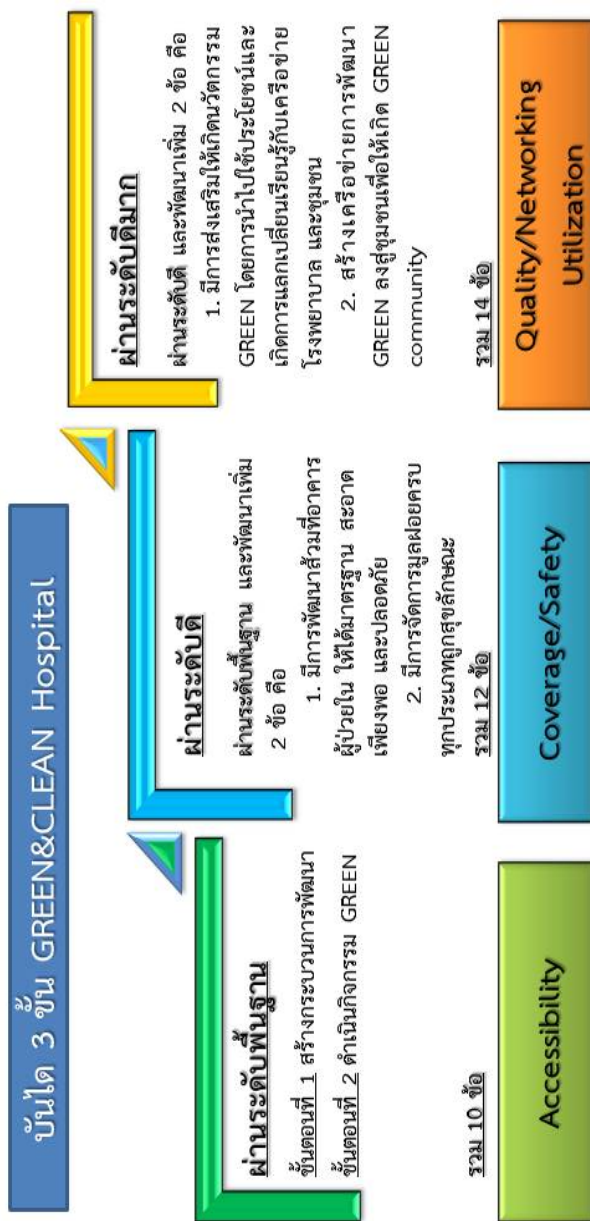
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

แบบประเมินตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital

ชื่อ รพ./ รพ.สต.....

จังหวัด

ศูนย์อนามัยที่.....



กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการพัฒนา					
	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	1. โรงพยาบาลมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วองค์กร 2. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN Hospital เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น 4. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN Hospital 5. มีการสื่อสารสารธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร			
ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม GREEN					
ระดับพื้นฐาน					
G : Garbage (การจัดการขยะทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	โรงพยาบาลมีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 7 หัวข้อ คือ 1. บุคลากร 1.1 มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์หรือวิศวกรรมศาสตร์ เพื่อเป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 1.2 ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2. การคัดแยกมูลฝอย 2.1 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด 2.2 มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม และวัสดุไม่มีคม			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		3. การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 3.1 ภาวะบรรจุผลผลิตเพื่อประเภทวัสดุมีคม มีลักษณะเป็นกล่อง หรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุและการกีดกันของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิด และป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ 3.2 ภาวะบรรจุบรรจุผลผลิตเพื่อประเภทวัสดุไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงที่บดจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมี การรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึม และไม่ดูดซึม 3.3 มีเครื่องหมายและคำเตือนที่ปกป้องให้บุคคลทั่วไปทราบว่าป็นภาชนะบรรจุผลผลิตเพื่อ 3.4 ผลผลิตเพื่อประเภทวัสดุไม่มีคม บรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือรัดอื่นให้แน่น 3.5 ผลผลิตเพื่อประเภทวัสดุมีคม บรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของกล่อง 3.6 ภาวะสำหรับบรรจุผลผลิตเพื่อ (ถุงแดงและกล่องใสผลผลิตเพื่อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 4. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 4.1 ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะปฏิบัติงาน 4.2 ใช้รถเข็นเคลื่อนย้าย ภาชนะบรรจุผลผลิตเพื่อแยกแยะกรณีที่มีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นน้อย 4.3 มีการกำหนดเวลาและเส้นทางเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน 4.4 มีการทำความสะอาดรถเข็นและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวันในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะ และนำเสียที่เกิดจากการสร้างความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 5. ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 5.1 มีพื้นและผนังทั้งทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่ายด้วยน้ำและมีฝาปิดมิดชิดป้องกันสัตว์และแมลงนำโรคได้			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		5.2 มีข้อความสีแดงที่ระบุว่า “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น” 5.3 มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ในกรณีที่เกิดกักตุนประจำรถเข็น 6_สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ 6.1 เป็นห้องหรืออาคารเฉพาะ แยกจากอาคารอื่นและอยู่ในที่สะดวกต่อการขนมูลฝอยไปกำจัด 6.2 พื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดได้ง่ายและมีการป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6.3 มีขนาดเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างน้อย 2 วัน 6.4 มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่สามารถที่จะเข้าไปในที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้ 6.5 มีรางหรือท่อระบายน้ำเสียเชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย 6.6 มีข้อความเป็นคำเตือนขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร 7. ภาวณำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 7.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง 7.1.1 ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ 7.1.2 ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 7.1.3 กำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยเผาในเตาเผาชนิด 2 ห้องเผาที่สามารถควบคุมอุณหภูมิในห้องเผาผล และห้องเผาวันให้อยู่ไม่ต่ำกว่า 760 และ 1,000 องศาเซลเซียส ได้ตามลำดับหรือวิธีการทำลายเชื้อด้วยไอน้ำซึ่งต้องตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานทางชีวภาพในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		7.2 กรณีให้ผู้อื่นกำกับจัดให้ 7.2.1 มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดซื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดชื่อด้วยวิธีที่ถูกต้อง 7.2.2 มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดชื่อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556) และดำเนินการขนมูลฝอยติดชื่อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดชื่อ พ.ศ. 2545			
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ทิ้งมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	1. การให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยทั่วไปตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยทั่วไป 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย อย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยย่อยสลายได้ มูลฝอยทั่วไป (รอนำไปกำจัด) 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมชุดที่รัดกุม และสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยทั่วไปอย่างชัดเจน 5. ล้างทำความสะอาดรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ละวัน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค 6. ที่ทิ้งมูลฝอยทั่วไป มีพื้นและผนังเรียบ ทำความสะอาดง่าย สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค มีรั้วหรือท่อระบายน้ำเสียระบบบำบัดน้ำเสีย 7. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลา ที่กำหนด ไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง			
R : RESTROOM (การพัฒนาห้องน้ำ มาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD))	4. มีการพัฒนาส่วนมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	อาคารผู้ป่วยนอก (Out Patient Department) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการเป็นจุดบริการแรกที่ผู้ป่วยต้องมาติดต่อ มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป และไม่ได้รับไว้ค้างคืน			
มาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS))		อาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) ใน 16 ข้อ ได้แก่			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
E : ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด ยกตัวอย่างเช่น - กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า - การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส - การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool) - ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล - รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด และมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน 2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน 3. มีการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย			
E : ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น สำหรับผู้ปวยรวมทั้งผู้มารับบริการ	1. มีการดูแลสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มีความสะอาดในการให้บริการ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศได้ดี 2. มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน เช่น กิจกรรม 5ส. กิจกรรมสถานที่ทำงาน น่ายุ่่นำทำงาน (Healthy Work Place) เป็นต้น 3. มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) 4. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างความร่มรื่นหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	1. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สอนิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างถูกต้องและพอเพียงด้วยการกระตุ้นกระแสในชีวิตรประจำวันไม่นานจนเกินไป 2. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่เป็นโรค NCDs เพื่อให้เกิดความตระหนักและสนใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันโรค NCDs			
NUTRITION (การจัดการสุขภาพ อาหารและการจัดการ น้ำบริโภคใน โรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน	สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัย ดังนี้ 1. กรณีโรงพยาบาลไม่มีโรงครัว/จัดบริการโดยใช้ out source สถานที่ประกอบอาหารต้องได้มาตรฐานสุขภาพอาหารในระดับพื้นฐาน ผ่าน 16 ข้อ ดังนี้ 1. บริเวณที่เตรียม-ปรุงอาหาร สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักขยะ หรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 2. บริเวณที่เตรียม-ปรุงอาหาร พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวรแข็ง เรียบ มีสภาพดีและสะอาด 3. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เลขสารบบอาหาร 13 หลัก) 4. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 6. การล้างล้างอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		7. ภาวะอุปกรณ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่มีพิษภัย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาวหรือสีอ่อน 8. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ยัดเชื้อ และไม่เติมน้ำเชื้อออกจากกัน 9. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรค อย่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องมีท่อระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี 10. ช้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะกำลังล้างไปให้ผู้ช่วยถือมีการปิด 11. ใช้ถังขยะสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด 12. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ปิ้ง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมียางล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม 13. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อแขน หรือมีเครื่องแบบ 14. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรคและโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพเป็นนิตินันให้ตรวจสอบได้ 15. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหารไม่สัมผัสหรือขณะปฏิบัติงาน 16. ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร, ภาชนะอุปกรณ์และผู้ปรุง/ผู้สัมผัสอาหาร ไม่พบการปนเปื้อน 2. กรณีโรงพยาบาลมีโรงครัว ให้ใช้แบบสำรวจโรงครัวของโรงพยาบาล (แบบ สอภ. 7) และ ต้องได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
	9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	ร้านอาหาร/แผนกจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ผ่าน 16 ข้อดังนี้ 1. สถานที่รับประทาน สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน 2. ไม่เตรียมปรุงอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขสารบบอาหาร  หรือเครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.) 4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง หรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่างๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส 5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปิด ปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีตามสำหรับดื่ม หรือตักโดยเฉพาะวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 8. เชียงและมิด ต้องมีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบและผักผลไม้ 9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้านขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะโปร่งสะอาดและมีการปิด ปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		11. ห้องส้วมสำหรับผู้ป่วยโรคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสุขาใช้ตลอดเวลา 12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็คคลุมผม 13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วทุกชนิด 14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มีมือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร 15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมึนน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด 16. ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร, ภาชนะอุปกรณ์และมือผู้ปรุง/ผู้สัมผัสอาหาร ไม่พบการปนเปื้อน			
	10. จัดให้บริการนำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	1. จัดให้มีจุดบริการนำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ 2. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑11) ณ จุดที่ให้บริการนำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) กรณีสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
ระดับดี					
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภททุกประเภททุก สุขลักษณะ	มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทโดยเพิ่มการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ดังนี้ 1. มีการให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลในการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายตั้งแต่การคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2. จัดให้มีภาชนะคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย ณ แหล่งกำเนิด 3. ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 4. มีการกำหนดเส้นทางและเวลาในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างชัดเจน 5. มีการเก็บรวบรวมมูลฝอยส่งไปกำจัดอย่างสม่ำเสมอตามวัน เวลาที่กำหนดไม่ให้เกิดการสะสมหรือมูลฝอยตกค้าง			
	12. มีการพัฒนาส่วนมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคาร ผู้ป่วยใน (IPD)	อาคารผู้ป่วยใน (Ward) หมายถึง อาคารส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และรวมถึงคลินิก/แผนกต่างๆ เช่น แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกสูติ - นรีเวช แผนกโรคผิวหนัง เป็นต้น อาคารผู้ป่วยในของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ใน 16 ข้อ			
ระดับดีมาก					
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย โรงพยาบาลและชุมชน	มีการสร้างนวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การผลิต กระบวนการ หรือองค์กร หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น - Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างกันรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงาน			

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา
		ด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มากีให้เป็นแนวทางการสร้างการบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ - <i>Management Innovation</i> คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN			
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	โรงพยาบาลร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน			

สรุปผลการประเมิน

ผ่านในระดับ ☐ ระดับพื้นฐาน ☐ ระดับดี ☐ ระดับดีมาก

ผ่านผ่าน ต้องปรับปรุง (ข้อ

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่ เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่ เดือน.....พ.ศ.

แบบบันทึกผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2)
สำหรับ รพ.ที่ไม่มีโรงครัว-out source/ ร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล
ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ปีงบประมาณ 2561

ลำดับ	ชื่อร้าน	รายการส่งตรวจ	ผลการตรวจ			
			ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
			พบปนเปื้อน	ไม่พบปนเปื้อน	พบปนเปื้อน	ไม่พบปนเปื้อน
		อาหาร (ระบุ)				
		1.....				
		2.....				
		ภาชนะอุปกรณ์				
		1.....				
		2.....				
		มือผู้ปรุง/ผู้สัมผัสอาหาร (ระบุชื่อ)				
		1.....				
		2.....				
		รวม				
สรุปผลการตรวจ	☐ ผ่าน ร้อยละ.....	☐ ผ่าน ร้อยละ.....				
	☐ ไม่ผ่าน ร้อยละ.....	☐ ไม่ผ่าน ร้อยละ.....				
		อาหาร (ระบุ)				
		1.....				
		2.....				
		ภาชนะอุปกรณ์				
		1.....				
		2.....				
		มือผู้ปรุง/ผู้สัมผัสอาหาร (ระบุชื่อ)				
		1.....				
		2.....				
		รวม				
สรุปผลการตรวจ	☐ ผ่าน ร้อยละ.....	☐ ผ่าน ร้อยละ.....				
	☐ ไม่ผ่าน ร้อยละ.....	☐ ไม่ผ่าน ร้อยละ.....				
		อาหาร (ระบุ)				
		1.....				
		2.....				
		ภาชนะอุปกรณ์				
		1.....				
		2.....				
		มือผู้ปรุง/ผู้สัมผัสอาหาร (ระบุชื่อ)				
		1.....				
		2.....				
		รวม				
สรุปผลการตรวจ	☐ ผ่าน ร้อยละ.....	☐ ผ่าน ร้อยละ.....				
	☐ ไม่ผ่าน ร้อยละ.....	☐ ไม่ผ่าน ร้อยละ.....				
วัน เดือน ปี ที่ดำเนินการตรวจ						
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการตรวจ						

แบบสำรวจโรคครัวของโรงพยาบาล
ตามมาตรฐานการสุขภาพอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจง

แบบสำรวจนี้ใช้สำรวจโรคครัวของโรงพยาบาล
ซึ่งปรุงประกอบอาหารให้กับผู้ป่วย
โดยมีหลักการเกณฑ์การตัดสินมาตรฐานดังนี้

1. โรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป

1.1 มาตรฐานดี ต้องปฏิบัติตามข้อ ☐ ครบ 15 ข้อ

1.2 มาตรฐานดีมาก ต้องปฏิบัติตามข้อ ☐ และ ☐ ครบ 20 ข้อ

2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

2.1 มาตรฐานดี ต้องปฏิบัติตามข้อ ☐ และ ☐ ครบ 20 ข้อ

2.2 มาตรฐานดีมาก ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน
ทุกข้อ

ครบ 30 ข้อ

ชื่อโรงพยาบาล.....สังกัด.....

ประเภท (รพศ./รพท./รพช./รพช.).....จำนวนเตียง (สามัญ/พิเศษ)...../.....

จำนวนผู้ป่วยนอก/ใน...../.....คนต่อวัน จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด.....คน

ที่อยู่ ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เขต (เทศบาล/สุขาภิบาล/อบต.).....

จำนวนผู้รับบริการจากโรงครัว (เฉลี่ยต่อวัน)

1. ผู้ป่วยใน จำนวน.....คน

2. เจ้าหน้าที่ จำนวน.....คน

3. อื่นๆ (ระบุ) จำนวน.....คน

จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงครัว

1. นักโภชนาการ / โภชนากร จำนวน...../.....คน

2. ลูกจ้างประจำ จำนวน.....คน

3. ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน.....คน

4. อื่นๆ (ระบุ) จำนวน.....คน

การอบรมด้านสุขภาพอาหาร () เคย เมื่อ..... () ไม่เคย

สรุปผลการสำรวจ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
มาตรฐานที่ได้				
ชื่อผู้สำรวจ				
วัน เดือน ปี ที่สำรวจ				

วิธีการใช้แบบสำรวจ ให้แสดงเครื่องหมาย " u" ในช่องผลการสำรวจหลังข้อมูลมาตรฐานที่ถูกต้องครบถ้วนทุกรายการ
ให้แสดงเครื่องหมาย "O" ในช่องผลการสำรวจหลังข้อมูลมาตรฐานที่ยังไม่ถูกต้องหรือถูกต้องไม่ครบถ้วน
ให้แสดงเครื่องหมาย " - " ในช่องผลการสำรวจหลังข้อมูลมาตรฐานในกรณีที่ไม่เกิดกรณีที่ระบุไว้ในข้อมูลมาตรฐาน และไม่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอาหาร
ให้ถือว่าผ่านมาตรฐานในข้อนั้น

เรื่อง	รายละเอียดมาตรฐาน	ผลการสำรวจ				หมายเหตุ
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	
ก. บริเวณที่เตรียม - ปูรองอาหาร	1 สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักขยะ หรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย 2 พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุการ แข็ง เรียบ มีสภาพดี และสะอาด 3 โต๊ะเตรียมปรุงอาหาร และผนังบริเวณเตาไฟ ต้องทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย (เช่น สแตนเลส กระเบื้อง) มีสภาพดี และพื้นโต๊ะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. 4 มีการป้องกันแมลงวัน เช่น กล้วยมุ้งลวด หรือเป็นห้องรับอากาศ 5 มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่น และควันจากการทำอาหารได้ดี เช่น มีปลั๊ระบายควันหรือพัดลมดูดอากาศที่ใช้การได้ดี 6 อาหารและเครื่องตั้งในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเลขทะเบียนตัวรับอาหาร เช่น 7 อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี เก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หรือเก็บใเย้น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง 8. อาหารและเครื่องตั้งในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีคุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบ สูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.					
ข. ตัวอาหาร น้ำดื่ม และเครื่องดื่ม						

เรื่อง	รายละเอียดมาตรฐาน	ผลการสำรวจ				หมายเหตุ
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	
ค. ภาวะฉุกเฉิน	9. มีห้องเก็บอาหารแห้งโดยเฉพาะ ที่โปร่งสะอาด จัดเป็นระเบียบและชั้นเก็บชั้นเก็บของชั้นล่างสุด ต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.					
	10. มีห้องเย็นหรือตู้เย็นเก็บอาหาร ขนาดที่เพียงพอ จัดเป็นระเบียบ และสะอาด ถ้าเป็นห้องเย็นต้องมีชั้นวางของ ซึ่งชั้นล่างสุดต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.					
	11. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากอย่างน้อย 60 ซม.					
	12. การล้างมือที่ปรุงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่างๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ต้องสะอาด ใส่ภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด และ					
	13. ก๊อกหรือทางเทรนนํ้า หรือมีอุปกรณ์สำหรับดับก๊อกโดยเฉพาะ และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.					
	14. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่อันตราย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีน หรือสีย่อน					
	15. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน					
	16. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรคอย่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องมีที่ระบายน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี					
	17. ใช้เครื่องล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการทำ ความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค หรือมีตู้อบภาชนะ					

เรื่อง	รายละเอียดมาตรฐาน	ผลการสำรวจ				หมายเหตุ
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	
จ. การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก	18. ข้อณ ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด และขณะที่กำลังนำไปให้ผู้ช่วยถือมีการปิด					
	19. จาน ชามถ้วย แก้วน้ำ และภาชนะใส่อาหารให้กับผู้ป่วย เก็บไว้ในภาชนะโปร่งสะอาดในที่มิดชิด และขณะที่กำลังนำไปให้ผู้ช่วยถือมีการปิด					
	20. เที่ยงต้องมีสภาพดี ไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเสียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบแยกจากกัน มีฝาปิดครอบ (ยกเว้นครีที่มีการป้องกันแมลงวันใช้ถังขยะสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด					
	21. มีท่อหรือรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าว ระบายน้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์สู่ท่อระบายหรือแหล่งบำบัดได้ดี และต้องไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง					
	23. มีบ่อตกเศษอาหาร และดักไขมันที่ใช้การได้ดี ก่อนปล่อยลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย					
จ. ห้องน้ำ ห้องส้วม	24. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม - ประ ที่ส้วมและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมียางล้างมือที่ใช้การได้ในบริเวณห้องส้วม					
	25. มีห้องส้วม และอ่างล้างมือสำหรับผู้ป่วย - ผู้เฝ้าโดยเฉพาะ					
	26. แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ					
	27. ผู้ปรุงอาหารต้องผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว และสวมหมวกสีขาว					

เรื่อง	รายละเอียดมาตรฐาน	ผลการสำรวจ				หมายเหตุ
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	
เรื่อง	[28] ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรค และโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ [29] มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ งดดื่มสุรา 30. อาหารและโภชนาการต้องสะอาด โดยมีการตรวจตัวอย่างอาหารปรุงสำเร็จ (อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) และภาชนะ (อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) ทางด้านแบคทีเรียและต้องได้มาตรฐานคือ ตัวอย่างอาหารไม่เกิน 10 " โคโเลนี / กรัมของอาหาร ตัวอย่างภาชนะไม่เกิน 10 " โคโเลนี / ภาชนะ 1 ซึ้น / 4 ตารางนิ้ว (โดยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการตัดสินใจไม่เกิน 2 เดือน)					
	ข. การเฝ้าระวังความสะอาดของ อาหารและภาชนะ					

ชนิดตัวอย่าง	ผลการตรวจ							
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4	
	พบปนเปื้อน	ไม่พบปนเปื้อน	พบปนเปื้อน	ไม่พบปนเปื้อน	พบปนเปื้อน	ไม่พบปนเปื้อน	พบปนเปื้อน	ไม่พบปนเปื้อน
1.อาหาร (ระบุ)								
.....								
.....								
.....								
2.ภาชนะอุปกรณ์								
.....								
.....								
.....								
3.มีผู้ปรุง/ผู้สัมผัส								
อาหาร(ระบุชื่อ)								
.....								
.....								
.....								
รวม								
วัน เดือน ปี ที่ตรวจ								
ลงชื่อ จันท.ผู้ตรวจ								

ภาคผนวก ตัวชี้วัดที่ 67/55/32
หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

รายละเอียดตัวชี้วัด QOF ประจำปี 2561 (ตัวชี้วัดกลาง)

ชื่อตัวชี้วัด 1.	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเบาหวานและการจัดการให้ผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย
คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 7 เม.ย. 59)
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. ฐานข้อมูล IP/OP e-claim จากแฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDScreen ฟิลด์ BSLEVEL และ ฟิลด์ BSTEST ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม LABFU ฟิลด์ LABRESULT และ ฟิลด์ LABTEST ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด ช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 (โดยตัดผู้ป่วยที่เคยเป็นเบาหวานก่อนหน้านี้้นออก)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เมษายน 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดย DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 โดยนับจาก PID ที่ปรากฏใน NCDScreen ฟิลด์ BSTEST มีค่าเป็น 1,2,3,4 และ BSLEVEL มีค่ามากกว่า 0 และกรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นับจาก PID ที่ปรากฏใน LABFU ฟิลด์ LABTEST มีค่าเป็น 01,02,03,04 และ LABRESULT > 0 ทั้งนี้ต้องตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง (DATE_SERV) รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560 โดยตรวจสอบจาก IP/OP e-claim หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
สูตรการคำนวณ	= (A1/B1) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางสาววรรณภา สระทองหน สบสช.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตะวันดี สบสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th

Baseline	เขต 8 อุดรธานี ปี 2559 =78.27 %
เกณฑ์การให้คะแนน	สปสช. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ สปสช. 80.00-82.49 = 1 คะแนน 82.50-84.99 = 2 คะแนน 85.00-87.49 = 3 คะแนน 87.50-89.99 = 4 คะแนน ≥ 90 = 5 คะแนน เสนอ ส่วนกลาง เพิ่มแหล่งข้อมูล เพิ่ม LABFU

ชื่อตัวชี้วัด 2.	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงและการจัดการผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจัย
คำนิยาม	ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg. และ/หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม NCDScreen ฟิลด์ SBP_1 และ ฟิลด์ DBP_1 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม CHRONICFU ฟิลด์ SB และ ฟิลด์ DBP ฐานข้อมูล OP/PPจากแพ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 โดยตัดผู้ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้าวันที่คัดกรองออก
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต โดยนับจาก CID ที่ปรากฏในแพ้ม NCDScreen โดยมีค่า SBP_1 >30 และ DBP_1 > 20 จาก และมี DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 และกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน นับจาก CID ที่ปรากฏในแพ้ม CHRONICFU โดยมีค่า SBP >30 และ DBP > 20 จาก และมี DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 โดยตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันที่คัดกรอง รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS หรือฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแพ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัส I10-I15ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ณ วันประมวลผล ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560 โดยตรวจสอบจากแพ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ร่วมกับ ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE และฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15

สูตรการคำนวณ	= (A1/B1)X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางสาววรรณภา สระทองหน สปสข.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตะวันดี สปสข.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	เขต 8 อุดรธานี ปี 2560 = 78.37 %
เกณฑ์การให้คะแนน	สปสข. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ สปสข. 80.00-82.49 = 1 คะแนน 82.50-84.99 = 2 คะแนน 85.00-87.49 = 3 คะแนน 87.50-89.99 = 4 คะแนน ≥ 90 = 5 คะแนน เสนอ ส่วนกลาง เพิ่มแหล่งข้อมูล เพิ่ม LABFU

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการได้รับการดูแลก่อนคลอดภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้ การฝากครรภ์ครั้งแรกประกอบด้วย 1. ประเมินการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันโลหิต 3. ตรวจร่างกายทั่วไป (ตรวจเสียงปอดและหัวใจ) 4. ตรวจปัสสาวะ (Multiple dipstick) เพื่อหา protein, sugar, asymptomatic bacteria 5. ตรวจภายใน (อาจเลื่อนไปตรวจในครั้งที่ 2 ของการฝากครรภ์) 6. ตรวจ Hemoglobin/Hematocrit/Osmolarity Fragility/DCIP (ทุกอายุครรภ์) และตรวจ VDRL, Anti HIV, blood group, Rh typing, HbsAg 7. ให้วัคซีน Tetanus Toxoid ครั้งที่ 1 8. ให้ธาตุเหล็ก และ/หรือ โฟลิก และ Iodine 9. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงมีครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการทุกสิทธิประกันสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม ANC (การฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ใน ฟิลด์: ANCNO = 1, อายุครรภ์ที่ ฟิลด์: GA)
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายในหน่วยบริการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก สถานะการอยู่อาศัย Typearea = 1, 3 โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ที่ได้รับบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ PID จากแฟ้ม ANC (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น) โดยหญิงที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้นับในช่วงที่ได้รับบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 สถานะการอยู่อาศัย Typearea = 1, 3 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลังไป 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน หากมี PID ซ้ำ ให้เลือก GRAVIDA ที่ไม่ซ้ำ) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min (GA) กรณีพบซ้ำให้

	เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ที่มี GA <=12 wks และตัด PID error
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดที่ได้รับบริการ สถานะการอยู่อาศัย Typearea = 1, 3 ภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ในหน่วยบริการทั้งหมด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	หญิงที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้ ในช่วงเวลาที่ให้บริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 สถานะการอยู่อาศัย Typearea = 1, 3 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลัง 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน) ให้ นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min(GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรก หน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ตัด CID error
สูตรการคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
ผู้ประสานงานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางวรรณิตา เกตวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 Email:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	สปสช.เขต 8 ปี 2560 = 60.30 % (43 แห่ง)
เกณฑ์การให้คะแนน	สปสช. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ อปสช. 60.00- 62.49 = 1 คะแนน 62.50-64.99 = 2 คะแนน 65.00-67.49 = 3 คะแนน 67.50-69.99 = 4 คะแนน ≥ 70 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกสิทธิที่มีอายุ 30-60 ปี
คำนิยาม	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิที่มีอายุ ปี (เกิดในช่วง 1 60-30 เมษายน 2500 ถึง 30 มีนาคม 2530) และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วง เมษายน 255 16 - มีนาคม 256 311 ในเขตรับผิดชอบ การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสมสำหรับการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีอายุ 30-60 ปี
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลจาก Pap Registry 2) ข้อมูล 21/43 แห่ง (เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD รหัส Z014 หรือ Z124) 3) SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ 1B004 4) ฐานข้อมูลประชากรไทยทุกสิทธิ

รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีทุกสิทธิ ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2561 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1 แก้ รวมกับ เป็น หรือ	จำนวนหญิงไทยทุกคน (1 เมษายน 2500 ถึง 30 มีนาคม 2530) ในแต่ละหน่วยลงทะเบียนที่มี PID ปรากฏในฐาน Pap screening หรือ PID ที่อยู่ในแฟ้ม SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ 1B004 และ PID ที่อยู่ใน DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัส DIAGCODE = Z014, Z124 ตั้งแต่ปี 2556-2561 แล้วนำมาเจนนับรวมกันโดยตัด PID ที่ซ้ำของ 3 ฐานออก แล้วตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนการคัดกรอง รวมทั้ง PID error ทั้งหมด ก่อนจำแนกตามหน่วยลงทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยทุกคน ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2500 ถึง 30 มีนาคม 2530 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนหญิงไทยทุกคน ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2500 ถึง 30 มีนาคม 2530 ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน วันที่ 1 เมษายน 2560 โดยตรวจสอบจากแฟ้ม DIAGNOSIS ฟิวด์ DIAGCODE และฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิวด์ DIAGCODE รหัส ขึ้นต้นด้วย C53
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตะวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 Email:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	NSO survey 2552=62% ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556 = 67.3% ผลการนิเทศ กสธ. ปี 2556= 68.04% OPPP individual QOF 2557=31.46% ,2558= 27.71 % ผลการสำรวจ BRFSS 2558 =69% ช.เขต 8 ปี 2560 = 55.75 %
เกณฑ์การให้คะแนน	สปสช. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ สปสช. 56.00 – 58.24 = 1 คะแนน 58.25 – 60.49 = 2 คะแนน 60.50 - 62.74 = 3 คะแนน 62.75 - 64.99 = 4 คะแนน ≥ 65.00 = 5 คะแนน เสนอส่วนกลาง รวมกับ PID ที่อยู่ในแฟ้ม SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ 1B004 เป็น หรือ PID ที่อยู่ในแฟ้ม SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ 1B004

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก 5.1 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)										
ตัวชี้วัดย่อยที่ 5.1	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คำนิยาม 1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติ >3 ครั้งต่อวัน โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนมากไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้ "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 " 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01 3) ประเด็นการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Acute Diarrhea :ผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลร้อยละ 50) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 5 และการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones รักษาโรคกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็น ชักนำไปเกิดการดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และยากลุ่มอื่นด้วย (เช่น ยากลุ่ม cephalosporins)										
	เกณฑ์เป้าหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td><td>5</td></tr> <tr> <td>20.01-30.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>30.01 -40.00</td><td>1</td></tr> <tr> <td>> 40.01</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-30.00	3	30.01 -40.00	1	> 40.01	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน										
≤ 20	5										
20.01-30.00	3										
30.01 -40.00	1										
> 40.01	0										
	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยทุกสิทธิ ในความรับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) วิธีการจัดเก็บข้อมูล หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP Individual Data แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช. รายการข้อมูล 1 A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ										
เพิ่ม DIAGTYPE = 1	เงื่อนไขรายการข้อมูล 1 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ฟิลด์ DIAGTYPE = 1 ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "										

	รายการข้อมูล 2 B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด																																																																													
เพิ่ม DIAGTYPE = 1	เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ฟิลด์ DIAGTYPE = 1 ตามรหัส ICD10 "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 " สูตรการคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 3.1 (A/B) × 100 ระยะเวลาประเมินผล รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 60 – 31 มีนาคม 61) Baseline Data <table><tr><th rowspan="2">ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th><th colspan="5">จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (HOSP AD)</th></tr><tr><th>2555</th><th>2556</th><th>2557</th><th>2558</th><th>2559*</th></tr><tr><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>21</td><td>15</td><td>13</td><td>21</td><td>19</td></tr><tr><td>ร้อยละ 10-20</td><td>25</td><td>31</td><td>61</td><td>111</td><td>137</td></tr><tr><td>ร้อยละ 20-30</td><td>80</td><td>84</td><td>166</td><td>209</td><td>234</td></tr><tr><td>ร้อยละ 30-40</td><td>133</td><td>159</td><td>216</td><td>227</td><td>253</td></tr><tr><td>ร้อยละ 40-50</td><td>216</td><td>224</td><td>214</td><td>182</td><td>147</td></tr><tr><td>ร้อยละ 50-60</td><td>213</td><td>219</td><td>145</td><td>104</td><td>73</td></tr><tr><td>ร้อยละ 60-70</td><td>136</td><td>112</td><td>62</td><td>40</td><td>38</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70-80</td><td>61</td><td>54</td><td>25</td><td>20</td><td>12</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80-90</td><td>12</td><td>17</td><td>11</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>ร้อยละ 90-100</td><td>5</td><td>1</td><td></td><td></td><td>1</td></tr><tr><td>Total</td><td>902</td><td>916</td><td>913</td><td>919</td><td>916</td></tr></table> หมายเหตุ :ปีงบประมาณ 2559 เป็นข้อมูลประมวลผล 6 เดือน (ระหว่างเดือน ต.ค.59 ถึงเดือน มี.ค.59)	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (HOSP AD)					2555	2556	2557	2558	2559*	น้อยกว่าร้อยละ 10	21	15	13	21	19	ร้อยละ 10-20	25	31	61	111	137	ร้อยละ 20-30	80	84	166	209	234	ร้อยละ 30-40	133	159	216	227	253	ร้อยละ 40-50	216	224	214	182	147	ร้อยละ 50-60	213	219	145	104	73	ร้อยละ 60-70	136	112	62	40	38	ร้อยละ 70-80	61	54	25	20	12	ร้อยละ 80-90	12	17	11	5	2	ร้อยละ 90-100	5	1			1	Total	902	916	913	919	916
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (HOSP AD)																																																																													
	2555	2556	2557	2558	2559*																																																																									
น้อยกว่าร้อยละ 10	21	15	13	21	19																																																																									
ร้อยละ 10-20	25	31	61	111	137																																																																									
ร้อยละ 20-30	80	84	166	209	234																																																																									
ร้อยละ 30-40	133	159	216	227	253																																																																									
ร้อยละ 40-50	216	224	214	182	147																																																																									
ร้อยละ 50-60	213	219	145	104	73																																																																									
ร้อยละ 60-70	136	112	62	40	38																																																																									
ร้อยละ 70-80	61	54	25	20	12																																																																									
ร้อยละ 80-90	12	17	11	5	2																																																																									
ร้อยละ 90-100	5	1			1																																																																									
Total	902	916	913	919	916																																																																									
	<table><tr><th rowspan="2">ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th><th colspan="4">จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (PCU AD)</th></tr><tr><th>2555</th><th>2556</th><th>2557</th><th>2558</th></tr><tr><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>1367</td><td>788</td><td>740</td><td>785</td></tr><tr><td>ร้อยละ 10-20</td><td>316</td><td>274</td><td>292</td><td>376</td></tr><tr><td>ร้อยละ 20-30</td><td>354</td><td>383</td><td>400</td><td>430</td></tr><tr><td>ร้อยละ 30-40</td><td>485</td><td>507</td><td>495</td><td>584</td></tr><tr><td>ร้อยละ 40-50</td><td>642</td><td>683</td><td>631</td><td>790</td></tr><tr><td>ร้อยละ 50-60</td><td>623</td><td>734</td><td>733</td><td>717</td></tr><tr><td>ร้อยละ 60-70</td><td>893</td><td>1,035</td><td>960</td><td>1,023</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70-80</td><td>1,243</td><td>1,454</td><td>1,342</td><td>1,392</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80-90</td><td>1,579</td><td>2,014</td><td>1,895</td><td>1,812</td></tr><tr><td>ร้อยละ 90-100</td><td>2,844</td><td>2,538</td><td>3,011</td><td>2,608</td></tr><tr><td>Total</td><td>10,346</td><td>10,410</td><td>10,499</td><td>10,517</td></tr></table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (PCU AD)				2555	2556	2557	2558	น้อยกว่าร้อยละ 10	1367	788	740	785	ร้อยละ 10-20	316	274	292	376	ร้อยละ 20-30	354	383	400	430	ร้อยละ 30-40	485	507	495	584	ร้อยละ 40-50	642	683	631	790	ร้อยละ 50-60	623	734	733	717	ร้อยละ 60-70	893	1,035	960	1,023	ร้อยละ 70-80	1,243	1,454	1,342	1,392	ร้อยละ 80-90	1,579	2,014	1,895	1,812	ร้อยละ 90-100	2,844	2,538	3,011	2,608	Total	10,346	10,410	10,499	10,517													
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (PCU AD)																																																																													
	2555	2556	2557	2558																																																																										
น้อยกว่าร้อยละ 10	1367	788	740	785																																																																										
ร้อยละ 10-20	316	274	292	376																																																																										
ร้อยละ 20-30	354	383	400	430																																																																										
ร้อยละ 30-40	485	507	495	584																																																																										
ร้อยละ 40-50	642	683	631	790																																																																										
ร้อยละ 50-60	623	734	733	717																																																																										
ร้อยละ 60-70	893	1,035	960	1,023																																																																										
ร้อยละ 70-80	1,243	1,454	1,342	1,392																																																																										
ร้อยละ 80-90	1,579	2,014	1,895	1,812																																																																										
ร้อยละ 90-100	2,844	2,538	3,011	2,608																																																																										
Total	10,346	10,410	10,499	10,517																																																																										

ตัวชี้วัดย่อยที่ 5.2	ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection :RI) วัตถุประสงค์ เพื่อลดการเข้ายาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI)										
	คำนิยาม 1) Respiratory Infection (RI) หมายถึง โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน(upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(acute bronchitis) ในผู้ป่วยนอก ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้ " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729" 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01 3) ประเด็นการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Respiratory Infection : ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 และการเข้ายาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น										
	เกณฑ์เป้าหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ <table border="1" data-bbox="422 1321 1332 1556"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td><td>5</td></tr> <tr> <td>20.01-30.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>30.01 -40.00</td><td>1</td></tr> <tr> <td>> 40.01</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-30.00	3	30.01 -40.00	1	> 40.01	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน										
≤ 20	5										
20.01-30.00	3										
30.01 -40.00	1										
> 40.01	0										
	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยทุกสิทธิ ในความรับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP) วิธีการจัดเก็บข้อมูล หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP Individual Data แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.										
	รายการข้อมูล 1 A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ										

เพิ่ม DIAGTYPE = 1	เงื่อนไขรายการข้อมูล 1 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ฟิลด์ DIAGTYPE = 1 ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"																																																																													
	รายการข้อมูล 2 B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน																																																																													
เพิ่ม DIAGTYPE = 1	เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ฟิลด์ DIAGTYPE = 1 ตามรหัส ICD10 " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"																																																																													
	สูตรการคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 3.2 (A/B)x100																																																																													
	ระยะเวลาประเมินผล รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 60 – 31 มีนาคม 61)																																																																													
	Baseline Data <table><tr><th rowspan="2">ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th><th colspan="5">จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (HOSP URI)</th></tr><tr><th>2555</th><th>2556</th><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>15</td><td>10</td><td>12</td><td>8</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละ 10-20</td><td>17</td><td>13</td><td>33</td><td>49</td><td>66</td></tr><tr><td>ร้อยละ 20-30</td><td>58</td><td>51</td><td>118</td><td>176</td><td>178</td></tr><tr><td>ร้อยละ 30-40</td><td>107</td><td>105</td><td>173</td><td>222</td><td>245</td></tr><tr><td>ร้อยละ 40-50</td><td>173</td><td>203</td><td>258</td><td>217</td><td>228</td></tr><tr><td>ร้อยละ 50-60</td><td>232</td><td>255</td><td>188</td><td>160</td><td>125</td></tr><tr><td>ร้อยละ 60-70</td><td>211</td><td>198</td><td>97</td><td>70</td><td>57</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70-80</td><td>72</td><td>74</td><td>31</td><td>16</td><td>12</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80-90</td><td>17</td><td>7</td><td>3</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>ร้อยละ 90-100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Total</td><td>902</td><td>916</td><td>913</td><td>919</td><td>916</td></tr></table> หมายเหตุ: ปีงบประมาณ 2559 เป็นข้อมูลประมวลผล 6 เดือน (ระหว่างเดือน ต.ค.59 ถึงเดือน มี.ค.59)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (HOSP URI)					2555	2556	2557	2558	2559	น้อยกว่าร้อยละ 10	15	10	12	8	5	ร้อยละ 10-20	17	13	33	49	66	ร้อยละ 20-30	58	51	118	176	178	ร้อยละ 30-40	107	105	173	222	245	ร้อยละ 40-50	173	203	258	217	228	ร้อยละ 50-60	232	255	188	160	125	ร้อยละ 60-70	211	198	97	70	57	ร้อยละ 70-80	72	74	31	16	12	ร้อยละ 80-90	17	7	3	1		ร้อยละ 90-100						Total	902	916	913	919	916
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (HOSP URI)																																																																													
	2555	2556	2557	2558	2559																																																																									
น้อยกว่าร้อยละ 10	15	10	12	8	5																																																																									
ร้อยละ 10-20	17	13	33	49	66																																																																									
ร้อยละ 20-30	58	51	118	176	178																																																																									
ร้อยละ 30-40	107	105	173	222	245																																																																									
ร้อยละ 40-50	173	203	258	217	228																																																																									
ร้อยละ 50-60	232	255	188	160	125																																																																									
ร้อยละ 60-70	211	198	97	70	57																																																																									
ร้อยละ 70-80	72	74	31	16	12																																																																									
ร้อยละ 80-90	17	7	3	1																																																																										
ร้อยละ 90-100																																																																														
Total	902	916	913	919	916																																																																									

	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (PCU URI)			
		2555	2556	2557	2558
	น้อยกว่าร้อยละ 10	670	533	593	723
	ร้อยละ 10-20	1,150	1,277	1,414	1,663
	ร้อยละ 20-30	1,605	1,775	1,939	2,114
	ร้อยละ 30-40	1,881	2,010	2,066	2,031
	ร้อยละ 40-50	1,762	1,801	1,846	1,648
	ร้อยละ 50-60	1,442	1,469	1,271	1,222
	ร้อยละ 60-70	974	870	789	630
	ร้อยละ 70-80	491	404	344	303
	ร้อยละ 80-90	208	165	147	109
	ร้อยละ 90-100	131	64	51	41
	Total	10,314	10,368	10,460	10,484
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายไตรเทพ ฟองทอง สำนักสนับสนุนบริการยาและเวชภัณฑ์ โทร 085-487-5037 mail : traithep.f@nhso.go.th				
เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน			
	≤ 20	5			
	20.01-30.00	3			
	30.01 -40.00	1			
	> 40.01	0			

ชื่อตัวชี้วัด	การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)
วัตถุประสงค์	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
คำนิยาม	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) การคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้ 1. ลมชัก (epilepsy) : G40 และ G41 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น J44 3. หืด (asthma): J45 และ J46 4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9 5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้เหตุผลการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98
เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมายภาพรวมประเทศ ลดลง ไม่น้อยกว่า 6.58 ต่อแสนประชากร
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ACSC ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) สิทธิ UC ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ผ่านโปรแกรม e-Claim
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP e Claim

รายการข้อมูล 1	A: จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ตามคำนิยาม A1 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ตค.59 – 31 มีค.60 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ตค.60 – 31 มีค.61
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1 เพิ่มฟิลด์ DIAGTYPE = 1	A: นับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ด้วยโรค (pdx) ฟิลด์ DIAGTYPE = 1 ดังนี้ 1. ลมชัก (epilepsy): G40 และ G41 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น J44 3. หืด (asthma): J45 และ J46 4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9 5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้เหตุผลการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98 จากฐาน IP e-claim (โดยแสดงผลจำนวนครั้งเป็นรายกลุ่มโรค แต่การคิดอัตราใช้ยอดรวมทั้ง 5 กลุ่มโรค) A1 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ตค.59 – 31 มีค.60 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ตค.60 – 31 มีค.61
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำ ณ 1 ม.ค.60 B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำ ณ 1 ม.ค.61
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (Hmain_op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.60 B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (Hmain_op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.61
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$X1 = \text{อัตราการนอนรพ. ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 ตค.59 - 31 มีค.60} = (A1/B1) \times 100,000$ $X2 = \text{อัตราการนอนรพ. ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 ตค.60 - 31 มีค.61} = (A2/B2) \times 100,000$ $Y = \text{อัตราลดลง} = X2 - X1$
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง (แบบสะสม)
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางบำรุง ชลเดช สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ โทร 084-439-0137 mail: bumrung.c@nhso.go.th นางสาววรรณภา สระทองหน สปสข.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตewanดี สปสข.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail: wanthida.k@nhso.go.th
Base Line	เขต 8 อุดรธานี ไตรมาส 1-2 ปี 59 อัตรา 319.53 ต่อแสน ปชก. ,ไตรมาส 1-2 ปี 60 อัตรา 309.68 ต่อแสน ปชก. อัตราลดลง 9.9
เกณฑ์การให้คะแนน	สปสข. เขต สามารถกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดได้ตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน หรืออปสข. ลดลง 6.59 – 6.79 = 1 คะแนน ลดลง 6.80 – 7.00 = 2 คะแนน ลดลง 7.01 – 7.21 = 3 คะแนน ลดลง 7.22 - 7.42 = 4 คะแนน ลดลง ≥ 7.43 = 5 คะแนน

ตัวชี้วัดพื้นที่

ตัวชี้วัด	7. อัตราการเปลี่ยนแปลงระยะของ CKD จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบบการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
คำนิยาม	การเปลี่ยนแปลงระยะของ CKD ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีระยะ CKD ในรอบปีที่ผ่านมามีค่า eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate) ครั้งสุดท้ายเท่ากับ 30-44 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ² และเมื่อได้รับการตรวจ Creatinine เพื่อประเมินค่า eGFR ในรอบระยะเวลาเดือนเมษายน 2559 – มีนาคม 2560 มีค่า eGFR เปลี่ยนแปลงลดลงเท่ากับ 15 - 29 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ² ***ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น ((E10*, E11*, E12*, E13*, E14*) – (E102, E107,E117 E137 E 147 E112, E122, E132, E142)) และ/หรือ มีรหัสโรคเป็น (I1* - (I12*, I13*, I151)) และมีรหัสโรค N181-N189 (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมี eGFR>=15)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 14
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีระยะ CKD ทั้งหมด
วิธีการเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	รายงาน 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีการเปลี่ยนแปลงของระยะ CKD คือ ค่า eGFR จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีระยะ CKD ค่า eGFR อยู่ในระยะ 3b ช่วงเดือนเมษายน 2559 – มีนาคม 2560 ทั้งหมด
สูตรในการคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 3,4 ปีงบประมาณ 2560 และ 1,2 ของปีงบประมาณ 2561 (1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาววรรณภา สระทองพน สปสช.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตewanดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	ข้อมูลเขต 8 ปี 2560 = 14.94
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	13.01 - 14.00 = 1 คะแนน 12.01 - 13.00 = 2 คะแนน 11.01 - 12.00 = 3 คะแนน 10.01 - 11.00 = 4 คะแนน ≤ 10.00 = 5 คะแนน

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthels Index = 0 – 4 คะแนน) ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ที่บ้าน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีค่าคะแนน Palliative performance scale version2 (PPSV2) อยู่ในช่วง 10 -30% การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือค้นพบในชุมชนและมีการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือค้นพบในชุมชน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care
แหล่งข้อมูล	Data center LTC ระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ4 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนได้รับ

	การติดตามเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์และตอบกลับผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด	
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 3,4 ปีงบประมาณ 2560 และ 1,2 ของปีงบประมาณ 2561 (1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561)	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางวรรณิดา เกตewanต์ สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th	
Baseline	เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2560 ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์=95.78 %	
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	85.00 – 87.99	= 1 คะแนน
	88.00 - 90.99	= 2 คะแนน
	91.00 - 93.99	= 3 คะแนน
	94.00 - 96.99	= 4 คะแนน
	≥ 97.00	= 5 คะแนน

ตัวชี้วัด	9. ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม			
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดมีชีพที่คลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด			
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 7			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิดมีชีพทุกรายที่คลอดในหน่วยบริการ (นับจากวันคลอด)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2.โปรแกรม cockpit ข้อมูล QOF			
รายการข้อมูล 1	A=ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม			
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เฉพาะ type 1 และ type 3 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561			
รายการข้อมูลที่ 2	B=ทารกที่เกิดมีชีพที่คลอดทั้งหมด ที่มีผลค่าน้ำหนัก ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561			
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่คลอดทั้งหมดในเวลาเดียวกัน เฉพาะ type 1 และ type 3 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561			
สูตรการคำนวณ	(A/B) x 100			
ระยะเวลาการประเมินผล	1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	2558	2559	2560	
	8.6	7.7	5.56	
เกณฑ์การให้คะแนน	6.80 - 7.00	= 1 คะแนน		
	6.59 – 6.79	= 2 คะแนน		
	6.38 – 6.58	= 3 คะแนน		
	6.17 – 6.37	= 4 คะแนน		
	≤ 6.16	= 5 คะแนน		
วิธีการประเมิน	ประเมินจากโปรแกรม cockpit ข้อมูล QOF			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสันติสุข ไชยมงคล กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โทร.081 3202137 E-mail : santisuk2509@gmail.com			

