

คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข

ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. **2563**



คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข
ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

พิมพ์ครั้งที่ 1

ตุลาคม 2562

จัดทำโดย

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

โทร 0 4242 2923 ต่อ 117, 119

โทรสาร 0 4241 2650

<https://www.nko.moph.go.th>

คำนำ

คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 ได้มีมติเห็นชอบกับกรอบกลไก และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานของส่วนราชการในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญของรัฐบาล การแก้ไขปัญหาและการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและเพื่อเพิ่มศักยภาพของส่วนราชการในการสนับสนุนการพัฒนาประเทศ สำนักงาน ก.พ.ร. ได้กำหนดกรอบการประเมินส่วนราชการ ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัดส่งผลให้การประเมินจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้พัฒนาระบบการประเมินผลงานให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี ตามมาตรการการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการตามกรอบแนวทางของสำนักงาน ก.พ.ร. จึงได้จัดทำคู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผล ส่งผลให้การประเมินผลหน่วยงานในสังกัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ตุลาคม 2562



สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มา	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
บทที่ 2 การประเมินตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563	3
2.1 กรอบการประเมิน	5
2.2 กลไกการประเมิน	14
บทที่ 3 กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมิน การควบคุมกำกับงาน	15
3.1 ผู้ประเมิน	15
3.2 ผู้รับการประเมิน	15
3.3 หลักเกณฑ์การประเมิน	15
3.4 รอบการประเมิน และการควบคุมกำกับงาน	17
3.5 ขั้นตอนการประเมิน	18
3.6 ปฏิทินการประเมินและการควบคุมกำกับงาน	19
บทที่ 4 การรายงานผลการประเมิน และรูปแบบรายงาน	20
4.1 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้รับการประเมิน	20
4.2 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้ประเมิน	22
รายละเอียด KPI Template	24
ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด
	1. <u>Function Base</u>
1/1/-	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ในระดับ 90% ขึ้นไป (ร้อยละ 100)
2/2/1	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 90)
3/3/-	ร้อยละของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6, 7 (ร้อยละ 100)
4/4/2	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ขึ้นไป (ร้อยละ 100)
	2. <u>Agenda Base</u>
	1. สุขภาพทุกกลุ่มวัย
	<u>G2 : Quality Service & PP & Environment</u>
5/5/-	อัตราส่วนการตายมารดาตายไทยไม่เกิน 17/แสนการเกิดมีชีพ
6/6/-	ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 90)
7/7/3	ร้อยละ 85 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
8/8/4	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
9/9/5	ร้อยละประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 60

	หน้า
10/10/6 ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ G1 : NCDs & Health Literacy	72
11/11/7 ร้อยละครอบครัวไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย (ร้อยละ 10) 2. การควบคุมป้องกันวัณโรค G2 : Quality Service & PP & Environment	79
12/12/8 อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85	81
13/13/- ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.5	85
14/14/9 ร้อยละ 80 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม. 3. จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ	88
15/-/- ร้อยละ100 ของอำเภอมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มี อันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค อย่างน้อย จังหวัดละ 1 เรื่อง	90
16/15/10 ร้อยละ100 ของอำเภอมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ ป่วยจากการสัมผัส สารเคมีทาง การเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต, คลอร์ไพริฟอส, ไกลโฟเลต)	92
17/16/11 ร้อยละ100 ของอำเภอมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และ มีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร	94
18/17/12 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU)	98
4. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
19/18/13 ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาวสะสม	104
20/-/- ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (ร้อยละ 25 ของแผนการจัดตั้งระดับเขตสุขภาพ 10 ปี)	109
21/19/- ร้อยละของอำเภอมีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	111
22/20/- ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านที่มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี	115
5. ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล	
23/21/- รพ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด	118
24/22/- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)	120
6. Fast Track	
25/-/- ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่ เหมาะสม	123
26/-/- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9	124
27/23/- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (>50)	125

7. การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

28/-/-	มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานการแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./รพท. ร้อยละ 80	127
--------	---	-----

8. นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ

29/-/-	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี)	129
--------	--	-----

9. องค์การคุณภาพ

G2 : Quality Service & PP & Environment & G5 : Governance

30/24/-	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100)	130
---------	---	-----

G5 : Governance

31/25/-	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	133
---------	--	-----

32/26/14	ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขมีคุณภาพมาตรฐาน	136
----------	---	-----

3. Area Base

G1 : NCDs & Health Literacy

33/27/15	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง ค้างคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ	138
----------	---	-----

34/28/16	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs	142
----------	---------------------------------	-----

(1) อัตราตายโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ 5	142
-------------------------------------	-----

(2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	143
---	-----

(3) อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 5	144
--	-----

(4) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	145
---	-----

(5) อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	147
--	-----

(6) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP)	149
---	-----

ลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปี 2562

(7) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น (ร้อยละ 100)	151
--	-----

35/-/-	อัตราตายโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลง	154
--------	-------------------------------	-----

36/29/17	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	155
----------	--	-----

37/-/-	อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 22 ต่อแสน ปชก. (ข้อมูล 3 ฐาน)	167
--------	---	-----

38/30/-	อำเภอผ่านการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 100	169
---------	--	-----

G2 : Quality Service & PP & Environment

Service Plan

39/-/-	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10	176
--------	---	-----

40/-/-	อัตราตายทารกแรกเกิด (4 ต่อพันการเกิดมีชีพ)	178
--------	--	-----

	หน้า
41/31/- ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	180
42/32/18 ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 80)	184
43/33/- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.3 ต่อแสนปชก.)	187
44/34/- ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต(ร้อยละ60)	188
45/35/- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	190
46/36/- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป	195
47/-/- ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	198
48/37/- ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4mL/min/1.72m2/yr	201
49/38/19 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	203
50/39/- ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	205
51/40/- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	206
52/41/- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี	208
53/42/- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	209
54/43/- ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ Ward)	211
55/44/- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	213
56/45/20 อัตราฟันผุในเด็ก 12 ปี ไม่เกินร้อยละ 60	215
57/46/21 เด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	216
58/47/22 เด็กหนองคายอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	218
59/48/23 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	220
60/49/- อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร	222
61/50/24 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	223
62/51/25 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	226
<u>G3 : Consumer Protection</u>	
63/-/- จำนวนตลาดสดประเภทที่ 1 มีกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 โดยมีส่วนร่วม (เป้าหมาย 1ตลาด)	232
64/52/ ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97	234
65/53/26 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	238

G4 : Surveillance & Disease Control

66/54/	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ	241
67/-/-	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT) ระดับจังหวัด ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค	244
68/55/27	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ/หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	246
69/56/28	ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด	252
70/57/-	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	254
71/58/-	มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก	256
72/59/-	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13	259
	4. Innovation Base	260
73/60/-	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	260
74/61/29	ร้อยละของหน่วยงานมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงาน ระดับจังหวัด เขต ประเทศ	262
75/62/-	ร้อยละอำเภอที่มีนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการ ให้บริการด้านสุขภาพที่เป็น Best practice อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง	265
	5. Potential Base	267
76/63/30	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมาย	267
77/64/-	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น	272

บทที่ 1

บทนำ



การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 มีที่มาและวัตถุประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ที่มา

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545

มาตรา 3/1 กำหนดว่า “การบริหารราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในเชิงภารกิจแห่งรัฐ การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจายอำนาจตัดสินใจ การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน ทั้งนี้ โดยมีผู้รับผิดชอบต่อผลของงาน ในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน การเปิดเผยข้อมูล การติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ตามความเหมาะสมของแต่ละภารกิจ”

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์

และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546

มาตรา 9 (3) กำหนดว่า การบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ให้ส่วนราชการต้องจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติราชการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น ซึ่งต้องสอดคล้องกับมาตรฐานที่ ก.พ.ร. กำหนด

มาตรา 12 กำหนดว่าเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ก.พ.ร. อาจเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อกำหนดมาตรการกำกับการปฏิบัติราชการ โดยวิธีการจัดทำความตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร หรือโดยวิธีการอื่นใดเพื่อแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ

มาตรา 45 กำหนดให้ส่วนราชการจัดให้มีคณะผู้ประเมินอิสระดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ คุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชน ผู้รับบริการ ความคุ้มค่าในภารกิจ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ ก.พ.ร. กำหนด

คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 5/2559

คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 5/2559 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 44 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้ออกคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 5/2559 เรื่อง มาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการเพื่อประโยชน์ในการปฏิรูประบบการบริหารราชการแผ่นดิน มีผลบังคับใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559

มติคณะรัฐมนตรี 5 เมษายน 2559

คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2559 เห็นชอบการประเมินโดยแบบประเมินข้าราชการพลเรือนในความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารและแบบประเมินส่วนราชการตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 5/2559 และให้นำแบบประเมินฯ นี้ไปใช้ในการประเมินข้าราชการและการประเมินส่วนราชการในรอบการปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558

มติคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)

คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในการประชุมครั้งที่ 3/2561 เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2561 ได้ให้ความเห็นชอบกับกรอบ กลไก และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

มติคณะรัฐมนตรี 6 พฤศจิกายน 2561

คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 เห็นชอบกับกรอบ กลไก และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ดังนี้

1) การประเมินยังคงมี 5 องค์ประกอบ โดยเพิ่มเติมประเด็นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันหลายหน่วยงาน ไว้ในองค์ประกอบที่ 1 Function Base

2) ปรับปรุงเกณฑ์การประเมิน โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมของทั้ง 5 องค์ประกอบ ซึ่งมีการแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับคุณภาพ ระดับมาตรฐาน (มาตรฐานขั้นสูงและมาตรฐานขั้นต้น) และระดับต้องปรับปรุง

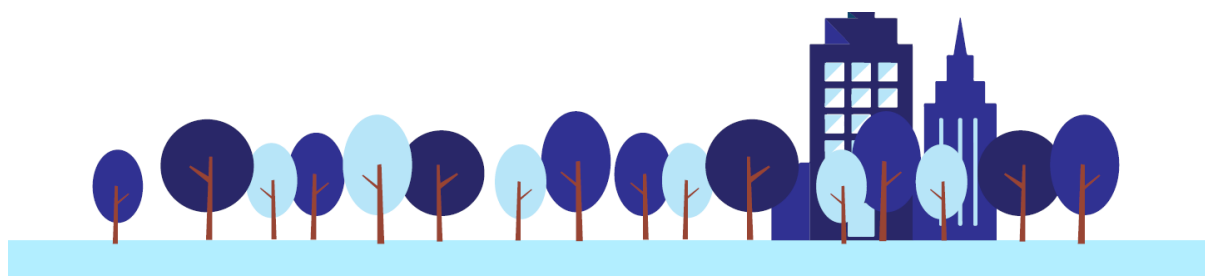
3) ปรับรอบระยะเวลาในการประเมินเป็นปีละ 1 ครั้ง (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายนของทุกปี)

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการมี 2 ประการ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญตามนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

2. เพื่อเพิ่มศักยภาพของหน่วยงานในการสนับสนุนการพัฒนาด้านสาธารณสุขของจังหวัด เขตประเทศ



บทที่ 2



การประเมินตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด ตามนัยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญของรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาและการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

ภารกิจที่ได้รับมอบหมายหลักในการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 มีดังนี้

1 กรอบการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 กำหนดให้มีการประเมินตัวชี้วัดใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. Function Base

ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามพันธกิจหลักและอยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการที่จะส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ หลักภารกิจพื้นฐานงานประจำงานตามหน้าที่ปกติ หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก งานตามกฎหมาย กฎ นโยบายของรัฐบาล หรือนโยบายของรัฐมนตรี หรือการบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน

*ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

*แผนแม่บท 23 แผน

*ตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาภาค

*ตัวชี้วัดบูรณาการหลายหน่วยงาน (Joint KPIs)

2. Agenda Base

ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจยุทธศาสตร์ แนวทางปฏิรูปภาครัฐ นโยบายเร่งด่วน หรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายเป็นพิเศษ

*ตัวชี้วัด Agenda ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายพิเศษจากนายกรัฐมนตรี/รองนายกรัฐมนตรี

3. Area Base

ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่/ท้องถิ่น ภูมิภาค จังหวัด กลุ่มจังหวัด

*ตัวชี้วัดการดำเนินงานตามภารกิจในพื้นที่/ท้องถิ่น ภูมิภาค จังหวัด กลุ่มจังหวัด

*ตัวชี้วัดบูรณาการระหว่างกระทรวง/จังหวัด (Function-Area KPIs)

*ประเมินประสิทธิภาพในการจัดทำฐานข้อมูลระดับจังหวัด

4. Innovation Base

ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อไปสู่ระบบราชการ 4.0

*ข้อเสนอการพัฒนานวัตกรรมของจังหวัด

5. Potential Base

ศักยภาพในการดำเนินการของส่วนราชการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

*การดำเนินการที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของส่วนราชการในการผลักดันการพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 23 แผน

2 หน่วยงานจะถูกประเมินใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่

- องค์ประกอบที่ 1 Function Base
- องค์ประกอบที่ 2 Agenda Base
- องค์ประกอบที่ 3 Area Base
- องค์ประกอบที่ 4 Innovation Base
- องค์ประกอบที่ 5 Potential Base

3 การกำหนดตัวชี้วัดในองค์ประกอบที่ 1 Function Base ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามพันธกิจหลักและอยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการที่จะส่งผลต่อยุทธศาสตร์ หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก งานตามกฎหมาย กฎ นโยบายของรัฐบาล หรือมติคณะรัฐมนตรี หรือการบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน

4 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัด Agenda ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขในภาพรวม และ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด PA (Performance Agreement) หน่วยงานระดับจังหวัด

5 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบที่ 3 Area Base เป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานตามภารกิจในพื้นที่ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่/ท้องถิ่น ภูมิภาค จังหวัด ตัวชี้วัดบูรณาการระหว่างกระทรวง/จังหวัด และประเมินประสิทธิภาพในการจัดทำฐานข้อมูลระดับจังหวัด

6 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบที่ 4 Innovation Base ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อไปสู่ระบบราชการ 4.0

ให้เสนอนวัตกรรมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ นวัตกรรมเชิงนโยบาย (Policy Innovation) หรือ นวัตกรรมการให้บริการ (Service Innovation) หรือนวัตกรรมการบริหาร/องค์การ (Administrative or Organizational Innovation)

7 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบที่ 5 Potential Base การดำเนินการที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของส่วนราชการในการผลักดันการพัฒนาประเทศให้บรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์

8 การประเมินประสิทธิภาพ เป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามภารกิจพื้นฐานงานประจำตามหน้าที่ปกติ ตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก KPI : Function กำหนดตัวชี้วัดเพื่อการควบคุมกำกับงาน โดยติดตามผลงานในระบบ HDC, Cockpit หรือการรายงานผล และให้ทุกหน่วยงานรายงานผลและติดตามผลในการประชุมประจำเดือน

9 รอบระยะเวลาในการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง คือ รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน โดยมีการประเมินตนเองในระบบ e-SAR และ e-Monitor ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.1 กรอบการประเมิน

คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 ได้มีมติเห็นชอบกับกรอบแนวทางการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ โดยกำหนดให้การประเมินประสิทธิภาพของจังหวัด ประกอบด้วย การประเมินจำนวน 5 องค์ประกอบ ซึ่งในส่วนของการประเมินหน่วยงานจะมีรายละเอียดของกรอบการประเมิน ดังนี้

ตารางที่ 1 กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2563

องค์ประกอบ	ประเด็น	การกำหนดตัวชี้วัด
1. Function Base ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามพันธกิจและอยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการที่จะส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก งานตามกฎหมาย กฎนโยบายของรัฐบาล หรือมติคณะรัฐมนตรี หรือการบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน	1. การดำเนินงานตามพันธกิจ ภารกิจพื้นฐานงานประจำงานตามหน้าที่ปกติ หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก 2. การดำเนินงานตามกฎหมาย 3. การดำเนินงานตามนโยบายและแผนของรัฐบาล และมติคณะรัฐมนตรี 4. การดำเนินงานตามมาตรฐานสากล (International Standards)	1.Goal Setting 5 Governance 2.KPI Function ที่เป็นกิจกรรมการดำเนินการตามกฎหมาย ให้กำหนดเป็น KPI-Monitor เพื่อการติดตามควบคุมกำกับงานและให้หน่วยงานในสังกัดรายงานผลทุกเดือน
2. Agenda Base Agenda ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขในภาพรวม และปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด PA (Performance Agreement) หน่วยงานระดับจังหวัด	1. นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข	PA ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563

องค์ประกอบ	ประเด็น	การกำหนดตัวชี้วัด
3. Area Base ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่	การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย	Goal setting 1-4
4. Innovation Base ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรม ในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชน หรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อไปสู่ระบบราชการ 4.0	ข้อเสนอการพัฒนานวัตกรรม <u>นวัตกรรมให้บริการ (Service Innovation)</u> เป็นนวัตกรรมที่นำมาใช้พัฒนา และสร้างคุณค่าในงานบริการภาครัฐ การปรับปรุงบริการหรือสร้างบริการใหม่ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการให้บริการประชาชน	SMART Hospital วิจัย, R2R, Innovation
5. Potential Base ศักยภาพในการดำเนินการของส่วนราชการ ตามแผนยุทธศาสตร์	ประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการตามแผนปฏิรูปองค์การของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563	- ผลสำเร็จการบริหารยุทธศาสตร์ - อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข และรายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
1. Function Base 1.1 Goal 5 Governance 1.2 KPI Function	<u>G5 : Governance</u> 55. ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ในระดับ 90% ขึ้นไป (ร้อยละ 100) 56. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 90) 60. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน 60.1 ร้อยละของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 , 7 (ร้อยละ 100) 60.2 ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ขึ้นไป (ร้อยละ 100) <u>KPI Function (Monitor)</u> 1. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 2. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินตรวจสอบภายใน 3. ร้อยละสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ
2. Agenda Base	1. สุขภาพทุกกลุ่มวัย <u>G2 : Quality Service & PP & Environment</u> 34. อัตราส่วนการตายมารดาตายไทยไม่เกิน 17/แสนการเกิดมีชีพ - ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 90) 35. ร้อยละ 85 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 36. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	39. ร้อยละประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 60 39.1 ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 95) G1 : NCDs & Health Literacy 2. ร้อยละครอบครัวไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย (ร้อยละ 10) 2. การควบคุมป้องกันโรค G2 : Quality Service & PP & Environment 11. อัตราสำเร็จของการรักษาโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85 11.1 ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 82.5 11.2 ร้อยละ 80 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม. 3. จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ 44. จังหวัดมีระบบจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3 ชนิด 44.1 ร้อยละ100 ของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค อย่างน้อย จังหวัดละ 1 เรื่อง 44.2 ร้อยละ100 ของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ ป่วยจากการสัมผัส สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต, คลอร์ไพริฟอส, ไกลโฟเลต) 44.3 ร้อยละ100 ของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร 12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) - มีการดำเนินการRDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และมีระดับความสำเร็จระดับ 3 - ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 4. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ 7. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาวสะสม (ร้อยละ 100) 8. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (ร้อยละ 25 ของแผนการจัดตั้งระดับเขตสุขภาพ 10 ปี) 40. ร้อยละของอำเภอมีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พขอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 100) 41. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี 5. ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล 9. รพ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด 9.1 จำนวนผู้รับบริการ OPD ของ PCC เขตเมืองเพิ่มขึ้น 9.2 รพ.มีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 9.3 รพ.มีระบบรับยาที่ร้าน 14. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)

องค์กรประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	6. Fast Track 10. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม 22. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ไม่เกินร้อยละ 9 23. ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (>50) 7. การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ 32. มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานการแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./รพท. ร้อยละ 80 - คุณภาพชีวิตดีขึ้นร้อยละ 60 8. นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ 18. ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี) 9. องค์กรคุณภาพ G2 : Quality Service & PP & Environment & G5 : Governance 6. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100) G5 : Governance 53. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 58. ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขมีคุณภาพมาตรฐาน
3. Area Base	G1 : NCDs & Health Literacy 1. ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80) 3. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs 3.1 อัตราตายโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ 5 3.2 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา) 3.3 อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 5 3.4 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน 3.5 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น (ร้อยละ 100) 4. อัตราตายโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลง 4.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ระดับ 5) 5. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 22 ต่อแสน ปชก. (ข้อมูล 3 ฐาน) 5.1 อำเภอผ่านการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 100 G2 : Quality Service & PP & Environment Service Plan 13. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 15. อัตราตายทารกแรกเกิด (4 ต่อพันการเกิดมีชีวิต) 16. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	17. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 80)
	19. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.3 ต่อแสนปช.) 19.1 ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต(ร้อยละ60)
	20. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30
	21. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป
	24. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
	25. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<4mL/min/1.72m2/yr (ร้อยละ 67)
	26. ร้อยละ 90 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
	27. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)
	28. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี
	29. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง
	30. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ Ward)
	31. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
	33. อัตราฟันผุในเด็ก 12 ปีไม่เกินร้อยละ 60 33.1 เด็กวัยเรียน (6-12ปี) ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ร้อยละ 50 33.2 เด็กหนองคายอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ร้อยละ 70
	37. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
	38. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร (≤ 38)
	42. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
	43. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
	G3 : Consumer Protection
	45. จำนวนตลาดสดประเภทที่ 1 มีกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 โดยการมีส่วนร่วม (เป้าหมาย 1 อำเภอ/1ตลาด)
	46. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมี ความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97
	47. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง
	G4 : Surveillance & Disease Control
	48. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด
	49. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT) ระดับจังหวัด ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค 49.1 ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ/หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ
	50. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด
	51. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง> ร้อยละ 20 ของคํามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
	52. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.13

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
4. Innovation Base	57. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital 59. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R, นวัตกรรมด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)
5. Potential Base	54. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมาย (ร้อยละ 100) - อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 3 รายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย KPI-Function ประจำปีงบประมาณ 2563

กลุ่มงาน/งาน	KPI-Function		เป้าหมาย
พัฒนา ยุทธศาสตร์ สาธารณสุข	1	จังหวัดผ่านเกณฑ์การพัฒนาศูนย์ ASEAN Health Network (ศคอส.)	ผ่านระดับ 3
	2	ร้อยละของโรงพยาบาลชายแดนให้บริการที่เป็นมิตร (Friendly Service) แก่ประชากรต่างดาว	70
	3	ร้อยละผลงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการมีผลงานผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	80
	4	ร้อยละผลงาน PA ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	80
คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	5	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการ ดำเนินการ	
	6	ร้อยละ 100 ของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	
ควบคุมโรคไม่ ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	7	ร้อยละการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดยา (specialpp) (รายงาน HDC)	
	8	การคัดกรองและการบำบัดผู้ติดยา (specialpp)	
	9	ร้อยละสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจเต้านมและคำแนะนำการตรวจเต้านมด้วย ตนเองอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	80
	10	ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear เป้าหมายรายใหม่ร้อยละ 20 (ผลงานสะสม 5 ปี ปี 2558-2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	20
	11	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป <110 ครั้งต่อร้อยผู้ป่วย COPD	110
	12	อัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน $\geq 60\%$	$\geq 60\%$
	13	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า เท้า หรือขา 30%	$\leq 30\%$
	14	ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำปรึกษาแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ($\geq$ ร้อยละ 50)	$\geq 50\%$
	15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ $\geq 10\%$	$\geq 10\%$
	16	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ต่อแสนประชากรเด็ก<15 ปี)	≤ 5
นิติการ	17	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนได้รับการแก้ไข ภายใน 15 วัน	85
	18	ร้อยละความสำเร็จของ รพท.,รพช.,สสอ. ในการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ	80
	19	ร้อยละของ รพท.,รพช.,สสอ. มีการวิเคราะห์กระบวนการที่มีความเสี่ยงต่อการทุจริตและ จัดทำแผนป้องกันและปราบปรามการทุจริต	100
พัฒนาคุณภาพ และรูปแบบ บริการ	20	ร้อยละ 70 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ) ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้น	70
	21	ร้อยละห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ผ่านการรับรองคุณภาพโดยสภาเทคนิคการแพทย์	100
	22	ร้อยละห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยผ่านการประเมิน The Must (พื้นฐาน < 75% ดี =75- 84.99% ดีเด่น $\geq 85\%$)	90
	23	ร้อยละหน่วยบริการการพยาบาลมีคุณภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 3 ของสำนักงาน พยาบาล	100
บริหารทั่วไป	24	ร้อยละหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดด้าน การบริหารทั่วไป	
	25	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	85

กลุ่มงาน/งาน	KPI-Function		เป้าหมาย
การเงิน	26	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณภาพรวม (รอบที่ 1 ร้อยละ 50 รอบที่ 2 ร้อยละ 100)	100
	27	ร้อยละ 100 ของรายการเบิกเงินค่าวัสดุที่มียอดเงินตั้งแต่ 5,000.- ขึ้นไป หน่วยงานดำเนินการนำเข้าระบบ GFMS ภายใน 3 วันทำการ	100
	28	ร้อยละ 100 ของรายการขอเบิก หน่วยงานดำเนินการเบิก-จ่าย เข้าระบบ GFMS ภายใน 15 วันทำการ	100
	29	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการในสังกัด นำเข้าข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (บข11) ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป	100
บริหารทรัพยากรบุคคล	30	ผู้บริหารทุกระดับได้รับการพัฒนาทักษะภาวะผู้นำ ร้อยละ 100	100
	31	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)	90
	32	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	100
	33	ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัด	5
ส่งเสริมสุขภาพ	34	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	75
	35	ร้อยละ 100 ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ได้รับการติดตามเยี่ยมและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม	100
	36	ร้อยละ 75 พระภิกษุ สามเณร ได้รับการตรวจสุขภาพ	87
ทันตสาธารณสุข	37	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา, การขัดและทำความสะอาดฟัน	75
	38	เด็ก 3 ปีมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 50	50
	39	ร้อยละเด็ก 4-12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	50
	40	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์	70
	41	ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	40
	42	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมพระราชทาน	100
	43	ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการทันตกรรม	30
	44	ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาส่งเสริมสุขภาพช่องปากดีดดาว (3 ดาว)	80
	45	อัตราผู้รับบริการทันตกรรมเฉพาะทางในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	11
	46	ร้อยละ รพ.สต.ศสม.ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (TDCA2015 edit for P1)	50
	47	ร้อยละ รพ. ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (TDCA2015)	80
ประกันสุขภาพ	48	ร้อยละความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99.90	99.90
	49	ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของการจัดสรรชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพทุกกองทุน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	95
	50	ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน OP ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	80
	51	ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน IP ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	90
	52	ร้อยละของหน่วยบริการมีการบันทึกผ่านโปรแกรมแผนงค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(ค่าเสื่อม) ร้อยละ 100	100
	53	ร้อยละของหน่วยบริการมีการบริหารจัดการงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ตามระบบการควบคุมภายใน	100
	54	จำนวนครั้งของการประชุมคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาล (ม.41)	10
	55	ร้อยละของคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41) ได้รับการพิจารณาเสร็จสิ้นภายใน 30 วัน นับจากวันที่ยื่นคำร้อง	100
	56	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41)	88

กลุ่มงาน/งาน	KPI-Function		เป้าหมาย
อนามัย สิ่งแวดล้อม	57	อัตราการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข (คน,สัตว์) มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	100
	58	ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม EHA เทศบาล ระบบสุขภาพตำบล อาหาร/ระบบคุณภาพน้ำบริโภค/ระบบสิ่งปฏิกูลและระบบมูลฝอย ผ่านเกณฑ์คุณภาพอย่างน้อย 1 ใน 4 เรื่องหลัก	50
	59	จำนวนครั้งของการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	2
	60	ร้อยละการจัดทำระบบฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และการดำเนินการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดหนองคาย	100
	61	ร้อยละของ อปท.ที่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 จำนวน 10 เรื่อง	95
	62	ร้อยละของ อปท.ที่บังคับใช้กฎหมาย พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 จำนวน 10 เรื่อง เพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ	15
	63	ร้อยละของชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	60
ควบคุมโรคติดต่อ	64	จำนวนประเด็นหลักที่จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (19 ประเด็น)	19
	65	ไม่มีผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ในระลอกที่สอง (EID Gen 2)	80
	66	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	
	67	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมินข้อมูลความครอบคลุมการได้รับบริการวัคซีนแต่ละชนิดครบชุดในทุกกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 (MMR และวัคซีนในนักเรียนครอบคลุมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95)	
งานสื่อสาร องค์กรฯ	68	ประชาชนและสื่อสารมวลชนได้รับข่าวสารความรู้ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราป่วยตายด้วยโรคที่สำคัญของประเทศ	
	69	ประชาชนที่มาท่องเที่ยวได้รับความรู้จากการเยี่ยมชมนิทรรศการด้านสาธารณสุขและได้รับบริการด้านสุขภาพ	

ตารางที่ 4 รายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย KPI โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพระราชดำริ ประจำปีงบประมาณ 2563

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย
			2563
ทันตสาธารณสุข	โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ		
	1	ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานร้อยละ 100	100
ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไถ่องค์ราชัน		
	2	อสม.1 คนชวนคนเลิกบุหรี่ 1 คน	-
	โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา		
	3	ประชาชนที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการอัลตราซาวด์	-
ควบคุมโรคติดต่อ	โครงการป้องกันควบคุมโรคหนองพวยในนักเรียนในโรงเรียน ตามโครงการพระราชดำริ		
	4	อัตราป่วยด้วยโรคหนองพวยในเด็กนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริไม่เกินร้อยละ 10	10
	5	อัตราความครอบคลุมการให้การรักษานักเรียนที่ติดเชื้อหนองพวย ร้อยละ 100	100

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย
			2563
	โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี		
	6	อำเภอเสี่ยงมีแผนป้องกันควบคุมโรคตามระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ทุกอำเภอ	100
	7	โรงพยาบาลมีโปรแกรม ร.36 และใช้เป็นฐานเพื่อบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคในการประมวลผลและใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคได้	100
	8	บุคลากรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้การให้บริการดูแลรักษา วินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้า	80
	9	โรงพยาบาลชุมชนมีวัคซีน/RIG เพื่อบริการป้องกันโรคที่เพียงพอ	100
	10	ค้นหา ผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลตาม CPG ภายใน 48 ชั่วโมง ติดตามให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดทุกราย	80
	11	คปสอ.มีรายงานผลการสำรวจความคิดเห็นประชาชนเรื่องความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	80
	12	พื้นที่มีรายงานผลการสอบสวนโรคและแนวทางการควบคุมป้องกันโรคเสนอผู้บริหารกรณีเกิดเหตุ/มีการระบาดของโรคในพื้นที่	80
	โครงการ “สืบสานพระเมตตาเร่งรัดค้นหาและรักษาวัณโรค” เฉลิมพระเกียรติ 65 พรรษา สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร รัชกาลที่ 10		
	13	ร้อยละการค้นหากลุ่มเสี่ยง 6 กลุ่มเสี่ยง (ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน และบุคลากรสาธารณสุข)	90
	14	อัตราการสำเร็จการรักษาวัณโรคทุกประเภทมากกว่าร้อยละ 85	90
ส่งเสริมสุขภาพ	โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558		
	15	ความครอบคลุมของการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	95
	16	เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการประเมินคัดกรอง พบสงสัย พัฒนาการล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	35
	17	เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน	95
	18	ความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน >ร้อยละ 90	
	19	คุณภาพเกลือไอโอดีนในระดับครัวเรือนใช้ I-KIT 20-40 ppm	
	20	ศูนย์เด็กเล็กที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100	
	21	โรงเรียนที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100	
	22	การดำเนินหมู่บ้านไอโอดีน (722 หมู่บ้าน)	

2.2 กลไกการประเมิน

การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีกลไกการดำเนินงานในการพิจารณากำหนดระบบการประเมิน แนวทางการประเมิน ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 คณะกรรมการพัฒนาระบบการประเมินผลงานสาธารณสุข

คณะกรรมการพัฒนาระบบการประเมินผลงานสาธารณสุข ทำหน้าที่พิจารณาระบบการประเมินและแนวทางการประเมินหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ และแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาตัวชี้วัดของหน่วยงานระดับตำบล อำเภอ จังหวัด

2.2.2 คณะทำงานพิจารณาตัวชี้วัด ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ

มีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

องค์ประกอบ

1. ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบการประเมินผลงานสาธารณสุข เป็นประธานคณะทำงาน
2. หัวหน้ากลุ่มงาน สสจ.หนองคาย เป็นคณะทำงาน
3. ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ, ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 ท่าน เป็นคณะทำงาน
4. ผู้แทน โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 ท่าน เป็นคณะทำงาน
5. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เป็นคณะทำงานและเลขานุการ
6. หัวหน้างานแผนงานและประเมินผล และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เป็นคณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

อำนาจหน้าที่

1) พิจารณาความเหมาะสมของตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และน้ำหนักของตัวชี้วัดของส่วนราชการและจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 โดยพิจารณาจากประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศด้านสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย

2) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการเกี่ยวกับการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการมอบหมาย

บทที่ 3



กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมิน การควบคุมกำกับงาน

การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ได้กำหนดผู้ประเมิน ผู้รับการประเมิน หลักเกณฑ์การประเมิน รอบการประเมิน และขั้นตอนการประเมิน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ผู้ประเมิน

ผู้ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ระดับจังหวัด ได้แก่

1. คณะกรรมการประเมินผลงานสาธารณสุขระดับจังหวัด
2. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ

ผู้ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ระดับอำเภอ ได้แก่

1. คณะกรรมการประเมินผลงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

3.2 ผู้รับการประเมิน

หน่วยงานที่รับการประเมินผลงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ประกอบด้วย รพ.สต. 74 แห่ง และ คปสอ. 9 แห่ง รวมทั้งสิ้น 83 แห่ง

3.3 หลักเกณฑ์การประเมิน

สำนักงาน ก.พ.ร. ใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินส่วนราชการตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 โดยคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบกับกรอบ กลไก และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัด ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินส่วนราชการ ประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ ประกอบด้วย เป้าหมายขั้นสูง (100 คะแนน), เป้าหมายมาตรฐาน (75 คะแนน), เป้าหมายขั้นต่ำ (50 คะแนน)

ในการประเมินผลงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ 2563 เพื่อให้สอดคล้องกับการประเมินผลงานของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินใน 5 ระดับ ทั้งนี้ จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินของสำนักงาน ก.พ.ร.ด้วย

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 ระดับตัวชี้วัด

การประเมินในแต่ละตัวชี้วัด พิจารณาจากผลการดำเนินงานเทียบกับค่าเป้าหมาย 5 ระดับที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- เป้าหมายขั้นสูง ระดับ 5 คะแนน
- เป้าหมายระดับดี ระดับ 4 คะแนน
- เป้าหมายมาตรฐาน ระดับ 3 คะแนน
- เป้าหมายระดับพอใช้ ระดับ 2 คะแนน
- เป้าหมายขั้นต่ำ ระดับ 1 คะแนน

หมายเหตุ 1. หากผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายขั้นต่ำที่ตั้งไว้ จะได้คะแนนเป็นศูนย์
 2. คิดคะแนนจากการเทียบบัญญัติไตรยางค์ระหว่างผลการดำเนินงานจริงกับค่าเป้าหมาย 5 ระดับ
 3. กรณีมีตัวชี้วัดย่อย จะใช้วิธีการเฉลี่ยผลคะแนนจากตัวชี้วัดย่อย
 โดยให้กำหนดรายละเอียดไว้ใน KPI Template

3.3.2 ระดับองค์ประกอบ

ให้องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน ให้คือน้ำหนักคะแนน ดังนี้

น้ำหนักคะแนน

Function Base	Agenda Base	Area Base	Innovation Base	Potential Base	รวม
10 คะแนน	35 คะแนน	40 คะแนน	10 คะแนน	5 คะแนน	100

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	น้ำหนัก	ผลการดำเนินงาน (คะแนน)	คะแนน องค์ประกอบ (ร้อยละ)	ระดับ
1. Function Base	ความสำเร็จ Goal Setting 5	10	8.000	80.00	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
2. Agenda Base	PA กระทรวงสาธารณสุข	35	28.500	81.42	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
3. Area Base	ความสำเร็จ Goal Setting 1-4	40	35.600	89.00	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
4. Innovation Base	SMART Hospital วิจัย, R2R, Innovation	10	6.000	60.00	ระดับมาตรฐาน ขั้นต้น
5. Potential Base	การบริหารยุทธศาสตร์ ผลสำเร็จ 5 Goal Setting LE, HALE เพิ่มขึ้น	5	2.800	56.00	ระดับ ต้องปรับปรุง
	รวมคะแนน	100	80.9	80.9	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง

3.3.3 ระดับส่วนราชการ

สรุปผลการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัดในภาพรวมทั้ง 5 องค์ประกอบ คิดจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ
ระดับคุณภาพ	90.00 – 100.00
ระดับมาตรฐาน	
- มาตรฐานขั้นสูง	75.00-89.99
- มาตรฐานขั้นต้น	60.00-74.99
ระดับต้องปรับปรุง	ต่ำกว่า 60.00

3.4 รอบการประเมิน และการควบคุมกำกับงาน

รอบการประเมิน หมายถึง ระยะเวลาที่จะต้องทำการประเมิน ปีละ 2 ครั้ง คือ

- รอบ 5 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 28 กุมภาพันธ์ 2563
- รอบ 10 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2563

รอบการควบคุมกำกับงาน ระยะเวลาที่จะต้องทำการรายงานผล ปีละ 3 ครั้ง คือ

- รอบ 3 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 ธันวาคม 2563
- รอบ 6 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563
- รอบ 9 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 มิถุนายน 2563



3.5 ขั้นตอนการประเมิน

ขั้นตอนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กำหนดกรอบการประเมินส่วนราชการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ และแจ้งรายละเอียดตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย ให้แก่ส่วนราชการ (โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ผู้รับการประเมิน

ขั้นตอนที่ 2 ส่วนราชการรายงานผลการประเมินตนเอง รอบ 5 เดือน และ รอบ 10 เดือน โดยกำหนดให้ส่วนราชการรายงานผลผ่านระบบ e-SAR ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รอบ 5 เดือน ภายในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563

รอบ 10 เดือน ภายในวันที่ 24 กรกฎาคม 2563

ทีมประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประเมิน คปสอ. ดังนี้

รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 9-13 มีนาคม 2563

รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 6-14 สิงหาคม 2563

ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เลขานุการคณะทำงานประเมินผลงานสาธารณสุข รายงานผลการประเมินฯ เบื้องต้น เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

ขั้นตอนที่ 4 สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นำผลการประเมินมาประกอบการปรับปรุงแผนและการพัฒนางาน ในรอบปีถัดไป พร้อมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาความดีความชอบของผู้บริหารและปฏิบัติงานในพื้นที่



3.6 ปฏิทินการประเมินและการควบคุมกำกับงาน

โดยกำหนดเป็นปฏิทินการประเมินส่วนราชการฯ และการควบคุมกำกับงาน ปีงบประมาณ 2563 ดังตาราง

ระยะเวลา	ประเมินส่วนราชการฯ และการควบคุมกำกับงาน
มิถุนายน 2562	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จัดทำ (ร่าง) คู่มือการประเมินผลและการควบคุมกำกับงาน ประจำปีงบประมาณ 2563 ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพส่วนราชการของสำนักงาน ก.พ.ร.
กรกฎาคม 2562	- แต่งตั้งคณะทำงาน พิจารณารอบแนวทางการประเมินผลงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 - ประชุมคณะทำงาน พิจารณารอบแนวทางการประเมินผลงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 - พัฒนาระบบ e-SAR และ e-monitor - จัดทำ KPI Template
สิงหาคม-กันยายน 2562	- จัดทำคู่มือการประเมินผลและการควบคุมกำกับงาน ประจำปีงบประมาณ 2563 - กลุ่มงาน/งาน นำเสนอ KPI Template - ชี้แจงกรอบแนวทางการประเมินผลและการควบคุมกำกับงาน ปีงบประมาณ 2563 - การใช้งานระบบ e-SAR และ e-monitor - การทำความตกลง KPI
ตุลาคม 2562	คปสอ.ชี้แจงกรอบแนวทางการประเมินผล และ รายละเอียด KPI Template แก่ผู้รับผิดชอบงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสังกัด
ภายใน 30 ธันวาคม 2562	คปสอ. รายงาน e-monitor ไตรมาส 1 (ตัดยอด วันที่ 20 ของเดือน)
กุมภาพันธ์ 2563	คปสอ.ประเมินผลงานหน่วยงานในสังกัด รอบที่ 1
25 กุมภาพันธ์ 2563	คปสอ.รายงานผลประเมินตนเอง รอบที่ 1 ในระบบ e-SAR
9-13 มีนาคม 2563	ประเมินผลงาน คปสอ. รอบที่ 1
ภายใน 31 มีนาคม 2563	คปสอ. รายงาน e-monitor ไตรมาส 2 (ตัดยอด วันที่ 20 ของเดือน)
ภายใน 30 มิถุนายน 2563	คปสอ. รายงาน e-monitor ไตรมาส 3 (ตัดยอด วันที่ 20 ของเดือน)
กรกฎาคม 2563	คปสอ.ประเมินผลงานหน่วยงานในสังกัด รอบที่ 2
24 กรกฎาคม 2563	คปสอ.รายงานผลประเมินตนเอง รอบที่ 2 ในระบบ e-SAR
6-14 สิงหาคม 2563	ประเมินผลงาน คปสอ. รอบที่ 2
31 สิงหาคม 2563	สรุปการประเมินผลงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563

บทที่ 4



การรายงานผลการประเมิน และรูปแบบรายงาน

4.1 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้รับการประเมิน

การประเมินผลงานสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ของผู้รับการประเมิน มีรายละเอียดดังนี้

1. คปสอ. รายงานผลการประเมินตนเอง (SAR) ของ คปสอ. และ รพ.สต., ศสช., ศสม., ศูนย์บริการ เทศบาล ในสังกัดทุกแห่ง ผ่านระบบการรายงานผลการประเมินผลงานสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-SAR) โดยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดใน 3 องค์ประกอบ (องค์ประกอบที่ 2 Agenda Base องค์ประกอบที่ 3 Area Base และ องค์ประกอบที่ 4 Innovation Base)
2. ระยะเวลา ให้รายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด (รายละเอียดตามปฏิทิน)
3. ให้จัดทำรายงานผลการประเมินด้านการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการ (Innovation Base) ตามตัวชี้วัดที่กำหนด



แบบฟอร์มรายงานผลตัวชี้วัดการพัฒนานวัตกรรม

การประเมินด้านการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการ (Innovation Base)

คปสอ..... ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

1. หลักการเหตุผลความจำเป็น

.....

.....

.....

.....

2. วัตถุประสงค์

.....

.....

.....

.....

3. การดำเนินการ

.....

.....

.....

.....

4. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

.....

.....

.....

.....

5. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นรูปธรรม

.....

.....

.....

.....

6. ภาพประกอบ

4.2 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้ประเมิน

การประเมินผลงานสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ของผู้ประเมิน แบ่งตามลำดับการประเมิน ได้แก่

1. คณะกรรมการประเมินผลระดับอำเภอ
2. คณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัด

กำหนดให้เลขานุการคณะกรรมการประเมินผลระดับอำเภอ ส่งรายงานการประเมินถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

และเลขานุการคณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัด จัดทำรายงานสรุปผลการประเมินถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และจัดทำสรุปในรูปแบบสัญลักษณ์ ในลักษณะที่เป็น Infographic

ตัวอย่างรายงานสรุปการประเมินผล

รายงานสรุปความเห็นของผู้ประเมินเบื้องต้นโดยเลขานุการทีมประเมิน ประกอบด้วยรายงานผลการประเมินรายตัวชี้วัด ดังนี้

1. ปกรายงานการประเมิน
2. สรุปภาพรวมแบบประเมินงานสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย





รายงานการประเมินผลสาธารณสุข

ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

รอบการประเมินที่ 1/2563

(ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563)



ตัวอย่าง

รายงานการประเมินผลสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563
รอบการประเมินที่ 1/2563

คปสอ.	Function Base (10)	Agenda Base (35)	Area Base (40)	Innovation Base (10)	Potential Base (5)	รวม คะแนน (100)	สรุปประเมิน	
1. คปสอ. ก	10	35	40	10	5	100.00		ระดับคุณภาพ
2. คปสอ. ข	10	30	27	5	3	75.00		ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
3. คปสอ. ค	10	25	19.50	5	3	62.50		ระดับมาตรฐาน ขั้นต้น
4. คปสอ. ง	5	18	20	5	2	50.00		ระดับปรับปรุง
5. คปสอ. จ	10	35	40	10	5	100.00		ระดับคุณภาพ
สรุปรายงาน ณ วันที่.....								

สรุปผลการประเมิน



ระดับคุณภาพ

ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ร้อยละ 90.00-100.00



ระดับมาตรฐานขั้นสูง

ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ร้อยละ 75.00-89.99



ระดับมาตรฐานขั้นต้น

ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ร้อยละ 60.00-74.99



ระดับปรับปรุง

ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ต่ำกว่าร้อยละ 60.00

(นายวิศณุ วิทยาบำรุง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รายงานผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน

คปสอ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

รอบการประเมินที่ 1/2563

สรุปคะแนนและข้อเสนอแนะองค์ประกอบที่ควรพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและศักยภาพ

องค์ประกอบประเมิน	คะแนน	ข้อเสนอแนะ
1. ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ตามหลักภารกิจพื้นฐาน (Function Base) (10 คะแนน)		
2. ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจยุทธศาสตร์ (Agenda Base) (35 คะแนน)		
3. ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่/ท้องถิ่น (Area Base) (40 คะแนน)		
4. ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรม (Innovation Base) (10 คะแนน)		
5. ศักยภาพในการดำเนินการของส่วนราชการ ตามแผน ยุทธศาสตร์ (Potential Base) (5 คะแนน)		
รวมคะแนน (100 คะแนน)		

โปรดทำเครื่องหมาย (/) ตามระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานและศักยภาพของส่วนราชการ

- () ระดับคุณภาพ ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ร้อยละ 90.00-100.00
- () ระดับมาตรฐานขั้นสูง ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ร้อยละ 75.00-89.99
- () ระดับมาตรฐานขั้นต้น ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่ร้อยละ 60.00-74.99
- () ระดับปรับปรุง ส่วนราชการที่มีผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์ประกอบ ต่ำกว่าร้อยละ 60.00

.....
(.....)

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

หัวหน้าทีมประเมิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายละเอียด KPI Template

1. Function Base

ตัวชี้วัดที่ 1/1/-	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA : Integrity & transparency assessment)
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : แห่ง
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลัก ที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) กระทรวงสาธารณสุขยังคงขับเคลื่อนมาตรการ 3 ป. 1 ค.(ปลูก/ปลูกจิตสำนึก ป้องกันปราบปราม และเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงาน ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.โรงพยาบาลหนองคาย 3. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่ระดับคะแนน 90% ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : คปสอ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ระดับคะแนน 5 ทั้ง รพ. และ สสอ.
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน ดังนี้ 1. หน่วยงานเป้าหมายประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 1 ชุดต่อ 1 หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง 2. รอบการประเมิน

	รอบการประเมินครั้งที่ 1 1.1 เดือนกุมภาพันธ์ 2563 (1) ทุกหน่วยส่งหลักฐานประกอบการประเมิน (แบบ EB1- EB26) เลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ 13 ข้อ ภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 1.2 เดือนมีนาคม 2563 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐาน (2) แจ้งผลการประเมิน (3) หน่วยงาน/หน่วยบริการเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่ออุทธรณ์คะแนนการประเมิน ในรอบการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 1 รอบการประเมินครั้งที่ 2 2.1 เดือนกรกฎาคม 2563 (1) ทุกหน่วยส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB26) ภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2563 2.2 เดือนสิงหาคม 2563 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐาน (2) แจ้งผลการประเมิน (3) หน่วยงาน/หน่วยบริการเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่ออุทธรณ์คะแนนการประเมิน ในรอบการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดหนองคาย ครั้งที่ 2												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB26) เลือก 13 ข้อ รอบที่ 2 : ในเดือนกรกฎาคม 2563 ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB26)												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่ได้คะแนนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในระดับ $\geq$ ร้อยละ 90												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด												
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>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 60	2	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 70	3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 80	4	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90	5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 60												
2	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 70												
3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 80												
4	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90												
5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 100												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>ไม่มีหน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 1 แห่ง (รพ. หรือ สสอ.)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 2 แห่ง (รพ. และ สสอ.)</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	ไม่มีหน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90	3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 1 แห่ง (รพ. หรือ สสอ.)	5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 2 แห่ง (รพ. และ สสอ.)				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
0	ไม่มีหน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90												
3	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 1 แห่ง (รพ. หรือ สสอ.)												
5	หน่วยงานมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90 จำนวน 2 แห่ง (รพ. และ สสอ.)												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		หน่วยวัด	2560	2561	2562
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	ร้อยละ	93.94	93.94	96.15
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย			93.94	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำโสม			100	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนพิสัย			96.97	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีเชียงใหม่			90.91	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่าง			96.97	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสระใคร			93.94	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฝ้าไร่			90.91	96.15
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนวาปี			93.94	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ตาก			96.97	100
	โรงพยาบาลหนองคาย			96.97	100
	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชน้ำโสม			96.97	100
	โรงพยาบาลโพนพิสัย			96.97	100
	โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่			90.91	100
	โรงพยาบาลสว่าง			93.94	100
	โรงพยาบาลสระใคร			96.97	100
	โรงพยาบาลเฝ้าไร่			93.94	100
	โรงพยาบาลรัตนวาปี			90.91	92.31
	โรงพยาบาลโพธิ์ตาก			96.97	100
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2	2	100
	2	น้ำโสม	2	2	100
	3	โพนพิสัย	2	2	100
	4	ศรีเชียงใหม่	2	2	100
	5	สว่าง	2	2	100
	6	สระใคร	2	2	100
	7	เฝ้าไร่	2	2	100
	8	รัตนวาปี	2	2	100
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100
		รวม	18	18	100
เอกสารอ้างอิง	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563				
ผู้รับผิดชอบ	1. นายสุภาพ โพนสิงห์		08-1768-1346		
	2. นายเกียรติศักดิ์ คำอุ่น		08-9708-8301		
	3. นายธนภัทร สุทธิ		08-8793-5152		
	4. น.ส.ธัญวรัตน์ คนยืน		09-1715-1925		
	กลุ่มงานนิติการ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3064		

ตัวชี้วัดที่ 2/2/1	ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพ มีศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง เชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อดูภาระงานของ ผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ใช้ประโยชน์ได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความจำเป็น โดยไม่เป็นภาระมากเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ โดยกำหนดแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลไว้ดังนี้ 1. กำหนดนโยบายและทิศทางการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ 2. บูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและสนับสนุนการนำเอาข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการวางแผนทางยุทธศาสตร์ในทุกระดับ - วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ภาระการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรในระดับปฏิบัติการ - กำหนดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data structure Standard) และมาตรฐานระบบรายงาน (Data Presentation Standard) 3.การจัดตั้ง Health Data Center ในระดับเขตและระดับชาติ 4. การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Infra-structure) เพื่อรองรับการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพระดับชาติ - การพัฒนาระบบการให้บริการระบบคอมพิวเตอร์ แบบ Private Cloud computing - ระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่ายเสมือน (Virtual Server System) 5. การพัฒนาทีมงาน กำลังคน การวิจัย การอบรมด้านระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง 6. การกำหนดมาตรฐานต่างๆ รวมทั้งการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ (Standards and interoperability) - มาตรฐานศูนย์ข้อมูล (Data Center Standards) - การรับรองมาตรฐานซอฟต์แวร์ (Software accreditation Standards) - มาตรฐานการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล (Interoperability Standards) - มาตรฐานความปลอดภัยทางกายภาพ (It physical Security Standards) - มาตรฐานการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (It Data Security Standards) 7. ขับเคลื่อนการพัฒนานวัตกรรมระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ - สนับสนุนการพัฒนา Mobile Health, TeleHealth, Health VDO Conference หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน NK-Report ข้อมูลจากการสำรวจ 43 แฟ้มมาตรฐาน หมายถึง ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน โดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพ Version 2.1 (1 มกราคม 2559) อำเภอเป้าหมายจัดทำข้อมูล on cloud 3 แห่ง คือ อำเภอสรีเชียงใหม่ สังคม และ โพธิ์ตาก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90 ระดับ รพ.สต./เทศบาล/PCU โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ระดับคะแนน 4 (ร้อยละ 80)

วิธีการประเมิน	ข้อมูลจาก Health Data Center/ website สปสช.ส่วนกลาง/website สสจ.หนองคาย													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2562-เดือนกุมภาพันธ์ 2563 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 2 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2562-เดือนกรกฎาคม 2563 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2563													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด													
สูตรคำนวณ	ระดับจังหวัด/คปสอ. = $A \times 100 / B$													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>2</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>3</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>4</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>5</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	2	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60	3	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70	4	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	5	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50													
2	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60													
3	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70													
4	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80													
5	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล on cloud และ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50													
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60													
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70													
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80													
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต./เทศบาล/PCU รพ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)</td></tr><tr><td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)</td></tr><tr><td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)</td></tr><tr><td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)</td></tr><tr><td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)</td></tr></table> ระดับหน่วยบริการ : ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสารสนเทศสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป เกณฑ์การจัดระดับหน่วยบริการ ดีมาก หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป ดี หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)													
2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)													
3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)													
4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)													
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)													

	ปานกลาง หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 70 ขึ้นไป พอใช้ หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 60 ขึ้นไป ปรับปรุง หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้น้อยกว่าร้อยละ 60 เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ ความทันเวลา 10+ความถูกต้อง 10+ความครบถ้วน 80 = 100 (เทียบเกณฑ์การจัดระดับ) 1) ความทันเวลา 10 คะแนน หน่วยบริการ - ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกสัปดาห์ (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2562-เดือนกุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2562-เดือนกรกฎาคม 2563) คะแนนส่งชุดข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่ง} \times 10}{\text{จำนวนสัปดาห์ที่กำหนดต้องส่ง}}$ 2) ความถูกต้อง 10 คะแนน - ใช้คุณภาพข้อมูล OP/PP ที่ตรวจโดย สปสช. เป็นตัวแทนความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ทุกแฟ้มข้อมูลที่ สปสช. กำหนดให้ส่งและตรวจสอบความถูกต้อง - ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินยี่สิบวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช. (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2562-เดือนกุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2562-เดือนกรกฎาคม 2563) คะแนน = $\frac{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่มีความถูกต้อง} \times 10}{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่ส่งทั้งหมด}}$ 3) ความครบถ้วน 80 คะแนน ประเมินความครอบคลุมโดยใช้ผลงาน QOF ปี 2562 - ข้อมูลที่นำมาประเมิน Cockpit สสจ.หนองคาย (รอบที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563) (รอบที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2562 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2563) 3.1 ร้อยละประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (5 คะแนน) <table border="1" data-bbox="411 1211 1193 1424"> <thead> <tr> <th>ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</td><td>5</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50</td><td>4</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50</td><td>2</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> 3.2 ร้อยละประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง (5 คะแนน) <table border="1" data-bbox="411 1469 1193 1731"> <thead> <tr> <th>ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</td><td>5</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50</td><td>4</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50</td><td>2</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> 3.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (10 คะแนน) <table border="1" data-bbox="411 1776 1193 2029"> <thead> <tr> <th>หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70</td><td>5</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67.50</td><td>4</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.00</td><td>3</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50</td><td>2</td></tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน	คะแนนที่ได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1	ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1	หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	คะแนนที่ได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	5	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67.50	4	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.00	3	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50	2	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	1
ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวาน	คะแนนที่ได้																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1																																				
ความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	5																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 87.50	4																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00	3																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.50	2																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	1																																				
หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	คะแนนที่ได้																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	5																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67.50	4																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.00	3																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.50	2																																				
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	1																																				

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

ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็กตัมในสตรี	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)	ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	คะแนนที่ได้			
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.16		5				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.37		4				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.58		3				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.79		2				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7		1				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562	
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	84.88	84.88	54.65	
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	20	3	15.00	
	2	ท่าบ่อ	11	10	90.91	
	3	โพนพิสัย	16	13	81.25	
	4	ศรีเชียงใหม่	7	3	42.86	
	5	สังคม	6	5	83.33	
	6	สระใคร	4	0	0.00	
	7	เฝ้าไร่	8	6	75.00	
	8	รัตนวาปี	7	4	57.14	
	9	โพธิ์ตาก	6	3	50.00	
	10	พิสัยเวหา	1	0	0.00	
		รวม	86	47	54.65	
คะแนน QOF ปี 2562 (ข้อมูลจาก สปสช.เขต 8 อุดรธานี)						
ชื่อหน่วยบริการ	คัดกรองเบาหวาน			คัดกรองความดันโลหิตสูง		
	11			11		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	87.50	4.00	44	86.57	4.00	44
รพ.โพนพิสัย	86.92	4.00	44	86.28	4.00	44
รพ.ศรีเชียงใหม่	71.76	0.00	0	71.30	0.00	0
รพ.สังคม	90.54	5.00	55	88.66	5.00	55

รพ.ท่าบ่อ	91.44	5.00	55	91.19	5.00	55
รพ.พิสัยเวช	87.35	4.00	44	86.26	4.00	44
รพ.สระใคร	88.89	5.00	55	88.47	5.00	55
รพ.โพธิ์ตาก	84.37	3.00	33	82.78	2.00	22
รพ.เฝ้าไร่	90.34	5.00	55	89.40	5.00	55
รพ.รัตนวาปี	87.50	4.00	44	86.57	4.00	44

ชื่อหน่วยบริการ	ANC ภายใน 12 สัปดาห์			ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
	10			10		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	69.72	4.00	40	57.02	1.00	10
รพ.โพนพิสัย	61.02	1.00	10	81.97	5.00	50
รพ.ศรีเชียงใหม่	71.30	5.00	50	28.19	0.00	0
รพ.สังคม	71.74	5.00	50	75.97	5.00	50
รพ.ท่าบ่อ	75.93	5.00	50	72.00	5.00	50
รพ.พิสัยเวช	67.92	4.00	40	45.14	0.00	0
รพ.สระใคร	62.50	2.00	20	64.80	5.00	50
รพ.โพธิ์ตาก	66.86	3.00	30	68.70	5.00	50
รพ.เฝ้าไร่	53.85	0.00	0	69.63	5.00	50
รพ.รัตนวาปี	69.72	4.00	40	57.02	1.00	10

ชื่อหน่วยบริการ	RDU AD			RDU RI		
	6			6		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	14.34	5.00	30	16.16	5.00	30
รพ.โพนพิสัย	7.94	5.00	30	5.78	5.00	30
รพ.ศรีเชียงใหม่	14.60	5.00	30	6.49	5.00	30
รพ.สังคม	7.31	5.00	30	3.45	5.00	30
รพ.ท่าบ่อ	13.82	5.00	30	14.44	5.00	30
รพ.พิสัยเวช	8.99	5.00	30	8.25	5.00	30
รพ.สระใคร	5.11	5.00	30	4.70	5.00	30
รพ.โพธิ์ตาก	6.13	5.00	30	8.68	5.00	30
รพ.เฝ้าไร่	10.39	5.00	30	6.43	5.00	30
รพ.รัตนวาปี	14.34	5.00	30	16.16	5.00	30

ชื่อหน่วยบริการ	ลดอัตรานอน รพ.Chronic			CKD ระยะ 3B ไป 4		
	6			15		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	-25.97	1.00	6	27.04	0.00	0
รพ.โพนพิสัย	248.32	0.00	0	8.99	5.00	75
รพ.ศรีเชียงใหม่	-231.75	5.00	30	21.95	0.00	0
รพ.สังคม	-57.43	2.00	12	8.74	5.00	75

	รพร.ท่าบ่อ	-35.45	1.00	6	8.78	5.00	75
	รพ.พิสัยเวช	197.98	0.00	0	35.35	0.00	0
	รพ.สระใคร	301.30	0.00	0	9.21	5.00	75
	รพ.โพธิ์ตาก	47.50	0.00	0	9.73	5.00	75
	รพ.เฝ้าไร่	152.68	0.00	0	15.43	0.00	0
	รพ.รัตนวาปี	-25.97	1.00	6	27.04	0.00	0
	ชื่อหน่วยบริการ	ผู้ป่วยเตียง 3,4 ได้เยี่ยมมา			ทารกแรกเกิด นน.<2500 กรัม		
		15			10		
		ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
	รพ.หนองคาย	100.00	5.00	75	5.95	5.00	50
	รพ.โพนพิสัย	100.00	5.00	75	0.89	5.00	50
	รพ.ศรีเชียงใหม่	100.00	5.00	75	5.71	5.00	50
	รพ.สังคม	100.00	5.00	75	1.00	5.00	50
	รพร.ท่าบ่อ	98.97	5.00	75	1.45	5.00	50
	รพ.พิสัยเวช	100.00	5.00	75	0.00	5.00	50
	รพ.สระใคร	100.00	5.00	75	7.14	0.00	0
	รพ.โพธิ์ตาก	100.00	5.00	75	4.96	5.00	50
	รพ.เฝ้าไร่	100.00	5.00	75	4.17	5.00	50
รพ.รัตนวาปี	100.00	5.00	75	5.95	5.00	50	
เอกสารอ้างอิง	1. Health Data Center (HDC) และข้อมูลสำรวจ ที่ใช้ในการประเมินผล						
	2. website สสจ.หนองคาย						
	3. website สปสช.ส่วนกลาง ระบบข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual record)						
	4. Cockpit จังหวัด						
ผู้รับผิดชอบ	นายสัมพันธ์ บัณฑิตเสน				โทร. 08 5746 8710		
	นายภาสกร ประดับวงศ์				โทร. 08 5924 9926		
	งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข				โทร. 0 4242 2923 ต่อ 106, 117		

ตัวชี้วัดที่ 3/3/-	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการ มีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงินขั้นรุนแรง (Risk Score <6) (ค่าเป้าหมายส่วนกลาง : ร้อยละ รพ. ที่มีความเสี่ยงระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และ ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8)																																																																																																																																																																																																																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																																		
คำอธิบาย	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score) อย่างน้อยร้อยละ 80 และควบคุมภาวะวิกฤติทางการเงินไม่ให้อยู่ถึงขั้นรุนแรง(Risk Score <6) ประกอบด้วย <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score)</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>จัดเก็บรายได้ให้เป็นไปตามแผนประมาณการ (planfin) ส่วนต่างไม่เกิน ± 5%</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>ควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผนประมาณการ (planfin) ส่วนต่างไม่เกิน ± 5%</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>Unit cost OP ผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>Unit cost IP ผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>ต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป)ต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาล ≤ ค่าเฉลี่ยกลุ่ม</td><td>2</td></tr><tr><td>6</td><td>อัตราครองเตียง ≥ 80%</td><td>1</td></tr><tr><td>7</td><td>CMI ≥ เกณฑ์ตามศักยภาพของกลุ่ม</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (7 Efficiency plus) (7 ตัวชี้วัด)</td><td>1</td></tr><tr><td>9</td><td>คะแนนคุณภาพรายงานการเงินอิเล็กทรอนิกส์ (แม่ข่าย 100 ลูกข่าย 50 คะแนน)</td><td>1</td></tr><tr><td colspan="2">รวม</td><td>10</td></tr></table> และ ต้องควบคุม Risk Score ให้ น้อยกว่า 6 ทั้งนี้ หากมีภาวะวิกฤติการเงินการคลังขั้นรุนแรง ต้องมีแผนปรับปรุงพัฒนา และรายงานผลการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังตามประเด็นที่เฝ้าระวัง ข้อมูลประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score) Q3/2562 <table><tr><th rowspan="2">โรงพยาบาล</th><th colspan="2">PlanFin</th><th colspan="2">ต้นทุน Quick Method</th><th colspan="3">ค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบค่ากลางกลุ่ม</th><th colspan="2">%อัตราครองเตียงปี 2562Q3</th><th colspan="2">CMI_2562Q3</th><th colspan="2">Grade Risk Plus</th><th rowspan="2">คะแนนตรวจสอบหน่วยงานต้น</th><th rowspan="2">รวมคะแนน (10 คะแนน)</th><th rowspan="2">Grade</th></tr><tr><th>รายได้</th><th>ค่าใช้จ่าย</th><th>OP</th><th>IP</th><th>LC</th><th>ค่ายา</th><th>ค่าเวชภัณฑ์มีใบสั่งยา</th><th>ค่าวัสดุทางการแพทย์</th><th>ผล</th><th>คะแนน</th><th>ผล</th><th>คะแนน</th><th>ผล</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>รพ.หนองคาย</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0.5</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>100.39</td><td>1</td><td>1.3</td><td>1</td><td>B-</td><td>0</td><td>1</td><td>8.5</td><td>A</td></tr><tr><td>รพ.โพนพิสัย</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>85.40</td><td>1</td><td>0.6</td><td>1</td><td>F</td><td>0</td><td>1</td><td>6.0</td><td>C</td></tr><tr><td>รพ.ศรีเชียงใหม่</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0</td><td>56.21</td><td>0</td><td>0.6</td><td>1</td><td>C</td><td>0</td><td>1</td><td>4.5</td><td>F</td></tr><tr><td>รพ.สังคม</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>62.38</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0</td><td>C</td><td>0</td><td>1</td><td>6.0</td><td>C</td></tr><tr><td>รพ.ท่าบ่อ</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0</td><td>80.17</td><td>1</td><td>1.5</td><td>1</td><td>C-</td><td>0</td><td>1</td><td>5.5</td><td>D</td></tr><tr><td>รพ.สระใคร</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>42.58</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0</td><td>D</td><td>0</td><td>1</td><td>4.5</td><td>F</td></tr><tr><td>รพ.โพธิ์ตาก</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>0</td><td>0.00</td><td>0</td><td>0.4</td><td>0</td><td>B-</td><td>0</td><td>1</td><td>5.5</td><td>D</td></tr><tr><td>รพ.เฝ้าไร่</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0</td><td>55.22</td><td>0</td><td>0.6</td><td>1</td><td>F</td><td>0</td><td>1</td><td>5.5</td><td>D</td></tr><tr><td>รพ.รัตนวาปี</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0.5</td><td>0</td><td>0.5</td><td>0</td><td>32.82</td><td>0</td><td>0.8</td><td>1</td><td>F</td><td>0</td><td>1</td><td>5.0</td><td>D</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score)	คะแนน	1	จัดเก็บรายได้ให้เป็นไปตามแผนประมาณการ (planfin) ส่วนต่างไม่เกิน ± 5%	1	2	ควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผนประมาณการ (planfin) ส่วนต่างไม่เกิน ± 5%	1	3	Unit cost OP ผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม	1	4	Unit cost IP ผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม	1	5	ต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป)ต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาล ≤ ค่าเฉลี่ยกลุ่ม	2	6	อัตราครองเตียง ≥ 80%	1	7	CMI ≥ เกณฑ์ตามศักยภาพของกลุ่ม	1	8	ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (7 Efficiency plus) (7 ตัวชี้วัด)	1	9	คะแนนคุณภาพรายงานการเงินอิเล็กทรอนิกส์ (แม่ข่าย 100 ลูกข่าย 50 คะแนน)	1	รวม		10	โรงพยาบาล	PlanFin		ต้นทุน Quick Method		ค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบค่ากลางกลุ่ม			%อัตราครองเตียงปี 2562Q3		CMI_2562Q3		Grade Risk Plus		คะแนนตรวจสอบหน่วยงานต้น	รวมคะแนน (10 คะแนน)	Grade	รายได้	ค่าใช้จ่าย	OP	IP	LC	ค่ายา	ค่าเวชภัณฑ์มีใบสั่งยา	ค่าวัสดุทางการแพทย์	ผล	คะแนน	ผล	คะแนน	ผล	คะแนน	รพ.หนองคาย	1	1	1	1	0.5	0	0.5	0.5	100.39	1	1.3	1	B-	0	1	8.5	A	รพ.โพนพิสัย	0	0	1	1	0	0	0.5	0.5	85.40	1	0.6	1	F	0	1	6.0	C	รพ.ศรีเชียงใหม่	0	0	1	1	0	0	0.5	0	56.21	0	0.6	1	C	0	1	4.5	F	รพ.สังคม	0	1	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5	62.38	0	0.5	0	C	0	1	6.0	C	รพ.ท่าบ่อ	1	1	0	0	0	0	0.5	0	80.17	1	1.5	1	C-	0	1	5.5	D	รพ.สระใคร	1	0	1	0	0	0.5	0.5	0.5	42.58	0	0.5	0	D	0	1	4.5	F	รพ.โพธิ์ตาก	1	0	1	1	0.5	0.5	0.5	0	0.00	0	0.4	0	B-	0	1	5.5	D	รพ.เฝ้าไร่	1	0	1	1	0	0	0.5	0	55.22	0	0.6	1	F	0	1	5.5	D	รพ.รัตนวาปี	0	0	1	1	0.5	0	0.5	0	32.82	0	0.8	1	F	0	1	5.0	D
ข้อ	เกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score)	คะแนน																																																																																																																																																																																																																																	
1	จัดเก็บรายได้ให้เป็นไปตามแผนประมาณการ (planfin) ส่วนต่างไม่เกิน ± 5%	1																																																																																																																																																																																																																																	
2	ควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผนประมาณการ (planfin) ส่วนต่างไม่เกิน ± 5%	1																																																																																																																																																																																																																																	
3	Unit cost OP ผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม	1																																																																																																																																																																																																																																	
4	Unit cost IP ผ่านเกณฑ์ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่ม	1																																																																																																																																																																																																																																	
5	ต้นทุนบริการ (เฉพาะรายการใช้ไป)ต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาล ≤ ค่าเฉลี่ยกลุ่ม	2																																																																																																																																																																																																																																	
6	อัตราครองเตียง ≥ 80%	1																																																																																																																																																																																																																																	
7	CMI ≥ เกณฑ์ตามศักยภาพของกลุ่ม	1																																																																																																																																																																																																																																	
8	ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (7 Efficiency plus) (7 ตัวชี้วัด)	1																																																																																																																																																																																																																																	
9	คะแนนคุณภาพรายงานการเงินอิเล็กทรอนิกส์ (แม่ข่าย 100 ลูกข่าย 50 คะแนน)	1																																																																																																																																																																																																																																	
รวม		10																																																																																																																																																																																																																																	
โรงพยาบาล	PlanFin		ต้นทุน Quick Method		ค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบค่ากลางกลุ่ม			%อัตราครองเตียงปี 2562Q3		CMI_2562Q3		Grade Risk Plus		คะแนนตรวจสอบหน่วยงานต้น	รวมคะแนน (10 คะแนน)	Grade																																																																																																																																																																																																																			
	รายได้	ค่าใช้จ่าย	OP	IP	LC	ค่ายา	ค่าเวชภัณฑ์มีใบสั่งยา	ค่าวัสดุทางการแพทย์	ผล	คะแนน	ผล	คะแนน	ผล				คะแนน																																																																																																																																																																																																																		
รพ.หนองคาย	1	1	1	1	0.5	0	0.5	0.5	100.39	1	1.3	1	B-	0	1	8.5	A																																																																																																																																																																																																																		
รพ.โพนพิสัย	0	0	1	1	0	0	0.5	0.5	85.40	1	0.6	1	F	0	1	6.0	C																																																																																																																																																																																																																		
รพ.ศรีเชียงใหม่	0	0	1	1	0	0	0.5	0	56.21	0	0.6	1	C	0	1	4.5	F																																																																																																																																																																																																																		
รพ.สังคม	0	1	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5	62.38	0	0.5	0	C	0	1	6.0	C																																																																																																																																																																																																																		
รพ.ท่าบ่อ	1	1	0	0	0	0	0.5	0	80.17	1	1.5	1	C-	0	1	5.5	D																																																																																																																																																																																																																		
รพ.สระใคร	1	0	1	0	0	0.5	0.5	0.5	42.58	0	0.5	0	D	0	1	4.5	F																																																																																																																																																																																																																		
รพ.โพธิ์ตาก	1	0	1	1	0.5	0.5	0.5	0	0.00	0	0.4	0	B-	0	1	5.5	D																																																																																																																																																																																																																		
รพ.เฝ้าไร่	1	0	1	1	0	0	0.5	0	55.22	0	0.6	1	F	0	1	5.5	D																																																																																																																																																																																																																		
รพ.รัตนวาปี	0	0	1	1	0.5	0	0.5	0	32.82	0	0.8	1	F	0	1	5.0	D																																																																																																																																																																																																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล																																																																																																																																																																																																																																		
เป้าหมาย	จังหวัด : ร้อยละ 100 คปสอ. : ระดับคะแนน 5																																																																																																																																																																																																																																		
วิธีการประเมิน	ประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมิน โดยใช้ข้อมูล จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)																																																																																																																																																																																																																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562– ธันวาคม 2562 (ไตรมาส 1) รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – มิถุนายน 2563 (ไตรมาส 3)																																																																																																																																																																																																																																		

ระดับ จังหวัด	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงินขั้นรุนแรง (Risk Score <6) ทุกแห่ง					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังฯ 5 แห่ง				
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังฯ 6 แห่ง				
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังฯ 7 แห่ง				
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังฯ 8 แห่ง				
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังฯ 9 แห่ง				
ระดับ คปสอ.						
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวัง					
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังทั้งหมด (10 คะแนน)					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง $\geq$ ร้อยละ 50				
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง $\geq$ ร้อยละ 60				
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง $\geq$ ร้อยละ 70				
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง $\geq$ ร้อยละ 80				
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง $\geq$ ร้อยละ 80 และ Risk Score น้อยกว่า 6				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score)		แห่ง	-	2/9	1/9
	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ($\leq$ ร้อยละ 4)		ร้อยละ	33.33	33.33	0
เอกสารอ้างอิง	1. แผนประมาณการรายได้-รายจ่าย (planfin) เทียบกับ รายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)และแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน 2. รายงานคุณภาพรายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th) 3. รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการ จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th) 4. รายงาน/สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง					
ผู้รับผิดชอบ	นางอัญชลีพร วุฒิเบิก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (เลขฯ CFO จังหวัด)			โทร. 088-5639863		
	นางชญาภา อุปดิษฐ์ งานตรวจสอบภายใน (planfin/แผนเงินบำรุง)			โทร. 097-9245469		
	นางเกษศิริ เจือจันทิก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (การลงทุน/unit cost)			โทร. 089-6786956		
	นายคัมภีร์ วงศ์วิเชียร กลุ่มงานประกันสุขภาพ (RCM)			โทร. 089-8611597		
	นางใจทิพ ดาวภคพันธ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ศูนย์จัดเก็บรายได้)			โทร. 089-7116536		
	นางอมร ระวีวรรณ งานตรวจสอบภายใน			โทร. 089-7126466		
	นางอุดมศรี แสงสว่าง งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)			โทร. 081-9650748		
	นางสาวอริญญา มีลาน งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)			โทร. 088-0684106		

ตัวชี้วัดที่ 4/4/2	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ขึ้นไป																																																																																																																																																																																																																								
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																								
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																								
คำอธิบาย	หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน 1. การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 2. การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป 3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป 4. ส่งรายงานการนำเข้าข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (บข.11) ให้สสจ. ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไปเพื่อนำเข้าระบบ GFMIS เกณฑ์การให้คะแนนระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน <table><tr><th>รายการตรวจสอบ</th><th>จำนวนข้อ</th><th>N1 (2)</th><th>N2 (1)</th><th>N3 (0)</th><th>Free (2)</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></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย</td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>48</td><td>0</td></tr><tr><td>1.3 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชียอดเงินฝากธนาคาร</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชียอดเงินฝากธนาคาร-วัตถุประสงค์ฯ</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.1 Electronic File</td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td>0</td></tr><tr><td>2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี</td><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td>0</td></tr><tr><td>2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้</td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>82</td><td>0</td></tr><tr><td>2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้</td><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td>0</td></tr><tr><td>2.7 ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>3. วัสดุคงเหลือ</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td>0</td></tr><tr><td>4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่น ๆ</td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td>0</td></tr><tr><td>6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.1 Electronic File</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>6.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>7. ค่าใช้จ่าย</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td>0</td></tr><tr><td>8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองที่มีค่าสุทธิไม่ติดด้าน</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>9. เอกสารการลงบัญชี</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>ผลรวมคะแนน 181 ข้อ</td><td>181</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>362</td><td>0</td></tr><tr><td>รวมคะแนนทั้งหมด</td><td colspan="5">N = (n1+n2+n3+Free) 362 คะแนน = 100%</td><td>362</td><td>xxx</td></tr><tr><td>คิดเป็นร้อยละ</td><td colspan="5">N คะแนน = $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$</td><td></td><td></td></tr></table>	รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1 (2)	N2 (1)	N3 (0)	Free (2)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร								1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1					2	0	1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย	24					48	0	1.3 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชียอดเงินฝากธนาคาร	2					4	0	1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชียอดเงินฝากธนาคาร-วัตถุประสงค์ฯ	1					2	0	2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น								2.1 Electronic File	12					24	0	2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	15					30	0	2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14					28	0	2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1					2	0	2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	41					82	0	2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้	13					26	0	2.7 ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ	1					2	0	2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์	1					2	0	3. วัสดุคงเหลือ	6					12	0	4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์	3					6	0	5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่น ๆ	11					22	0	6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น								6.1 Electronic File	14					28	0	6.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14					28	0	7. ค่าใช้จ่าย	4					8	0	8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองที่มีค่าสุทธิไม่ติดด้าน	1					2	0	9. เอกสารการลงบัญชี	2					4	0	ผลรวมคะแนน 181 ข้อ	181					362	0	รวมคะแนนทั้งหมด	N = (n1+n2+n3+Free) 362 คะแนน = 100%					362	xxx	คิดเป็นร้อยละ	N คะแนน = $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$						
รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1 (2)	N2 (1)	N3 (0)	Free (2)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้																																																																																																																																																																																																																		
1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร																																																																																																																																																																																																																									
1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1					2	0																																																																																																																																																																																																																		
1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย	24					48	0																																																																																																																																																																																																																		
1.3 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชียอดเงินฝากธนาคาร	2					4	0																																																																																																																																																																																																																		
1.4 ตรวจสอบความถูกต้องงบบัญชียอดเงินฝากธนาคาร-วัตถุประสงค์ฯ	1					2	0																																																																																																																																																																																																																		
2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น																																																																																																																																																																																																																									
2.1 Electronic File	12					24	0																																																																																																																																																																																																																		
2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	15					30	0																																																																																																																																																																																																																		
2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14					28	0																																																																																																																																																																																																																		
2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1					2	0																																																																																																																																																																																																																		
2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	41					82	0																																																																																																																																																																																																																		
2.6 การตรวจสอบอายุลูกหนี้	13					26	0																																																																																																																																																																																																																		
2.7 ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ	1					2	0																																																																																																																																																																																																																		
2.8 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์	1					2	0																																																																																																																																																																																																																		
3. วัสดุคงเหลือ	6					12	0																																																																																																																																																																																																																		
4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์	3					6	0																																																																																																																																																																																																																		
5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่น ๆ	11					22	0																																																																																																																																																																																																																		
6. รายได้คำรักษาพยาบาลและรายได้อื่น																																																																																																																																																																																																																									
6.1 Electronic File	14					28	0																																																																																																																																																																																																																		
6.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	14					28	0																																																																																																																																																																																																																		
7. ค่าใช้จ่าย	4					8	0																																																																																																																																																																																																																		
8. ตรวจสอบความถูกต้องของงบทดลองที่มีค่าสุทธิไม่ติดด้าน	1					2	0																																																																																																																																																																																																																		
9. เอกสารการลงบัญชี	2					4	0																																																																																																																																																																																																																		
ผลรวมคะแนน 181 ข้อ	181					362	0																																																																																																																																																																																																																		
รวมคะแนนทั้งหมด	N = (n1+n2+n3+Free) 362 คะแนน = 100%					362	xxx																																																																																																																																																																																																																		
คิดเป็นร้อยละ	N คะแนน = $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$																																																																																																																																																																																																																								

เกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

ร้อยละ	ผล	คะแนน	ช่วงคะแนนดิบ
90 - 100	ดีมาก	A	คะแนนดิบ 326 - 362
80 - 89.99	ดี	B	คะแนนดิบ 290 - 325
70 - 79.99	พอใช้	C	คะแนนดิบ 254 - 289
60 - 69.99	พัฒนา	D	คะแนนดิบ 218 - 253
0 - 59.99	ปรับปรุง	F	คะแนนดิบ 0 - 217

หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับสาธารณสุขอำเภอ

- การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย
 - (1) บัญชีเงินสด
 - (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร
 - (3) รายงานวัสดุคงคลัง
 - (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน
 - (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร
 - (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี
 - (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน
 - (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท
- การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
- ส่งรายงานทางการเงินทาง Website (www.hfo.cfo.in.th) ภายในวันที่ 20 ของเดือน

เกณฑ์การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชี สาธารณสุขอำเภอ

แนวทางการประเมิน	คะแนน	หมายเหตุ
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	3	ตามเอกสารประกอบ การประเมิน
2. รายงานวัสดุคงคลัง	1	
3. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1	
4. รายงานทรัพย์สินถาวร	3	
5. เอกสารการขอเบิก	1	
6. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา	1	
รวมทั้งสิ้น	10	

รายละเอียดประกอบการให้คะแนนประเมินสาธารณสุขอำเภอ

แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	1. งบทดลอง 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 (ก่อนวันรับตรวจ 1 วัน) 3. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร (ทุกธนาคาร) 4. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร (Print MPI) 5. สมุดเงินสด 401 6. ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอน ธนาคาร	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารและบัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร/ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร/สมุดเงินสด 401 3. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและ งบทดลอง	3
2. รายงานวัสดุคงคลัง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง 2. รายงานวัสดุคงคลังรายเดือน (มีการลงนามรับรอง) 3. งบทดลอง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง ถูกต้องตรงกันกับ รายงานวัสดุคงคลัง ประจำเดือนและกับงบทดลอง	1

แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
3. ลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนลูกหนี้เงินยืม 2. งบทดลอง 3. สัญยายืม 4. หนังสือติดตามทวงถามลูกหนี้เงินยืม (ถ้ามี)	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ถูกต้องตรงกับ งบทดลองและมีเอกสารสัญญาเงินยืมครบตามทะเบียนคุม 2. มีการบันทึกรายงานการส่งใช้เงินยืมครบถ้วน	1
4. รายงานทรัพย์สินถาวร	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ 2. บัญชีแยกประเภททรัพย์สิน(Print MPI) 3. ทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน (ประจำเดือน)	1. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน ตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 2. ทะเบียนค่าเสื่อมราคาตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) และ งบทดลอง	3
5. เอกสารการขอเบิก	1. เอกสารขอเบิก (สำเนา) ทั้งเดือนที่ตรวจ	1. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร	1
6. ส่งรายงานงบทดลอง ทันทเวลา (hfo.cfo.in.th)	1. รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองตรงเวลา ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป	1
รวมทั้งสิ้น			10

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้

คุณภาพบัญชีระดับ A = 9-10 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 5

คุณภาพบัญชีระดับ B = 8 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 4

คุณภาพบัญชีระดับ C = 7 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3

คุณภาพบัญชีระดับ D = 6 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 2

คุณภาพบัญชีระดับ F = 1-5 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 1

หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ระดับ รพ.สต.

1. การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย

(1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง

(4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร

(6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน

(8) ทะเบียนคุมทุกประเภท

2. มีการประชุมร่วมกับแม่ข่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นประจำทุกเดือน

3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน

เกณฑ์การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แนวทางการประเมิน	คะแนน	หมายเหตุ
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	3	ตามเอกสารประกอบ การประเมิน
2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	0.5	
3. รายงานวัสดุคงคลัง	1	
4. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1	
5. รายงานทรัพย์สินถาวร	2	
6. เอกสารการขอเบิก	1	
7. การจัดเก็บเอกสารการบันทึกบัญชี	1	
8. ส่งรายงานงบทดลองทันทเวลา	0.5	
รวมทั้งสิ้น	10	

รายละเอียดประกอบการให้คะแนนประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล			
แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	1. งบทดลอง 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 (ก่อนวันรับตรวจ 1 วัน) 3. บัญชีแยกยอดเงินฝากธนาคาร (ทุกธนาคาร) 4. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร (Print MPI) 5. ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอน ธนาคาร 6. สมุดเงินสด 401	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับ บัญชีแยกยอดเงินฝากธนาคารและบัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร/ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร/สมุดเงินสด 401 3. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน และ งบทดลอง	3
2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	1. ใบเสร็จรับเงิน 2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	1. การออกใบเสร็จรับเงินถูกต้อง ครบถ้วน ตรงกับ ทะเบียนคุมใบเสร็จ	0.5
3. รายงานวัสดุคงคลัง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง 2. รายงานวัสดุคงคลังรายเดือน (มีการลงนามรับรอง) 3. งบทดลอง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง ถูกต้อง ตรงกันกับ รายงานวัสดุคงคลัง ประจำเดือนและกับงบทดลอง	1
4. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม 2. งบทดลอง 3. สัญญาเงินยืม 4. หนังสือติดตามทวงถามลูกหนี้เงินยืม (ถ้ามี)	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ถูกต้อง ตรงกับ งบทดลองและมีเอกสารสัญญาเงินยืมครบตามทะเบียนคุม 2. มีการบันทึกรายงานการส่งเงินยืม ครบถ้วน	1
5. รายงานทรัพย์สินถาวร	1. ทะเบียนคุมทรัพย์สิน 2. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 3. ทะเบียนค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน (ประจำเดือน)	1. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน ตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 2. ทะเบียนค่าเสื่อมราคาตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) และงบทดลอง	2
6. เอกสารการขอเบิก	1. เอกสารการขอเบิก (ทั้งเดือนที่ตรวจ)	1. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร	1
7. การจัดเก็บเอกสารการบันทึกบัญชี	1. ใบสำคัญการบันทึกบัญชี Voucher รายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI) 2. สรุปลงข้อมูลรายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI)	1. เอกสารทุกรายการมีใบสำคัญการบันทึกบัญชี Voucher พร้อมลงลายมือชื่อของผู้ลงบัญชี ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติ (ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป)	1
8. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา (hfo.cfo.in.th)	1. รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองตรงเวลา ภายในวันที่ 25 ของเดือนถัดไป คะแนนการส่งงบทดลอง เต็ม 50 คะแนน	0.5
รวมทั้งสิ้น			10
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้ คุณภาพบัญชีระดับ A = 9-10 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 5 คุณภาพบัญชีระดับ B = 8 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 4 คุณภาพบัญชีระดับ C = 7 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3 คุณภาพบัญชีระดับ D = 6 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 2 คุณภาพบัญชีระดับ F = 1-5 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 1			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง						
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A						
วิธีการประเมิน	1. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัด 2. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับเขต						
ระยะเวลาประเมินผล	สสอ./รพ.สต. : ประเมินร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A 2 รอบต่อปี โรงพยาบาลทุกแห่ง : ตรวจสอบคุณภาพรายงานการเงินของหน่วยบริการ ทุกไตรมาส (4 ไตรมาส)						
ระดับ	จังหวัด/คปสอ.						
รายการข้อมูล1	A : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A						
รายการข้อมูล2	B : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง						
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100						
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 80					
	2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 90					
	3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 100					
	4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ร้อยละ 80					
	5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ร้อยละ 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ./สสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	คุณภาพบัญชีระดับ F					
	2	คุณภาพบัญชีระดับ D					
	3	คุณภาพบัญชีระดับ C					
	4	คุณภาพบัญชีระดับ B					
	5	คุณภาพบัญชีระดับ A					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
					2560	2561	2562
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป			ร้อยละ	100	100	100
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงานผ่านระดับ B ขึ้นไป			ร้อยละ
				รพท./รพช.	สสอ.	รพ.สต.	
	1	หนองคาย	19	1	1	17	100
	2	ท่าบ่อ	12	1	1	10	100
	3	โพนพิสัย	17	1	1	15	100
	4	ศรีเชียงใหม่	8	1	1	6	100
	5	สังคม	7	1	1	5	100
	6	สระใคร	5	1	1	3	100
	7	เผ่าไร่	9	1	1	7	100
	8	รัตนวาปี	8	1	1	6	100
	9	โพธิ์ตาก	7	1	1	5	100
		รวม	92	9	9	74	100
ผู้รับผิดชอบ	นางอุดมศรี แสงสว่าง				08 6855 7922		
	นางสาวอริญญา มีลาน				09 8175 7142		
	นางสาวจิระวรรณ ศรีอัคราช				08 8068 4106		
	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป				0 4241 3233		

2. Agenda Base

ตัวชี้วัดที่ 5/5/-	อัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 0						
หน่วยวัด	อัตรา						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำอธิบาย	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน่วยงาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล : P : มีการเสริมพลังภาคีเครือข่ายในงานอนามัยแม่และเด็ก และใช้กลไก MCH BOARD ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน I : ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง เช่น สปสช.งบประมาณ CUP R : มีการกำหนดให้การตายมารดาเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ A : 1. มีการประกาศนโยบายของประเทศ/กระทรวงในการลดการตายมารดา ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ 2. มีการสื่อสารความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว B : การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพ อบรมการทำคลอดทำกันคลอดดีดีใหญ่ การอบรมพยาบาลผดุงครรภ์การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด						
เป้าหมาย	มารดาตาย = 0						
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC 1. โรงพยาบาลที่เกิดกรณีมารดาตาย รายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง 2. รายงานสืบสวนการตาย(CE) จากโรงพยาบาล/อำเภอไปยัง สสจ. ภายใน 15 วัน 3. รายงานผลการ Conference maternal death case ภายใน 30 วัน 4. รายงาน ก1,ก2 5. ระบบรายงานความเสี่ยง						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563						
ระดับจังหวัด							
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน						
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>อัตรามารดาตาย > 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตรามารดาตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	อัตรามารดาตาย > 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	5	อัตรามารดาตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
0	อัตรามารดาตาย > 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ						
5	อัตรามารดาตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ						

ระดับ คปสอ.			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 1	ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	1	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การคลอดที่อาจจะไม่ปลอดภัยของมารดา ระดับ โรงพยาบาล/CUP	0.5
		- มีแผนปฏิบัติการ เพื่อป้องกันการตายมารดา	0.5
	2	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 และคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับ อำเภอ/กนอ/นโยบาย/มาตรการโดยประธาน CUP เพื่อป้องกันการตายมารดา	0.5
		- มีนโยบาย/มาตรการป้องกันการตายมารดา	0.5
		- มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	0.5
	3	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1, 2 และมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วย บริการ ผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (เช่น จัดประชุม/อบรม มาตรฐานวิชาการ เยี่ยมเสริมพลัง วิทยากร สื่อด้านแบบ เป็นต้น) เพื่อลดการเกิด แม่ปลอดภัย โดยเน้นการดำเนินการเพื่อป้องกันการตายมารดา ทั้งสาเหตุทางตรง และสาเหตุทางอ้อม	1.0
ระดับ คปสอ. รอบที่ 2	4	- มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์แบ่งประเภทระดับความเสี่ยง (Very low risk, Low risk, High risk, Very high risk) แยกรายหน่วยบริการ ครบทุกรายการ และกลุ่ม เสี่ยง ได้รับการติดตามดูแลครบทุกราย (กลุ่ม High risk ได้รับการติดตามดูแล 2 สัปดาห์/ครั้ง กลุ่ม Very high risk ได้รับการติดตามดูแลทุกสัปดาห์)	0.5
		- มีระบบเครือข่ายการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน	0.5
	5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีวิตคน	1.0
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	1	- มีการทบทวนสถานการณ์ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน รายโรงพยาบาล/ อำเภอ/CUP พร้อมทั้งสรุปรายงาน แก้ไขปัญหา	0.5
		- มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์	0.5
	2	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 และมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ รับผิดชอบ	1.0
	3	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1, 2 และ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ (CUP) มีระบบเฝ้าระวังการตายเพื่อจัดการแก้ปัญหาและพัฒนางานโดยเป็นทีม ช่วยเหลือวิชาการการบริหารจัดการการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (action)	(1.0)
		- มีการรายงานสถานการณ์การตาย ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ และส่งรายงาน ก 1,ก2 ทุกเดือน	0.2
		- มีทะเบียนการพัฒนาบุคลากรและระบบงาน เช่น รายงานการอบรม,ประชุมเพื่อ พัฒนา,การบริหารจัดการ การป้องกันการตายจากการตกเลือด,ความดันโลหิตสูง, การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์,การดูแลภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม,การ ปฏิบัติตามCPG	0.2
		- มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการ ช่วยเหลือภายใน 5 นาที	0.6
	4	- มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์แบ่งประเภทระดับความเสี่ยง (Very low risk, Low risk, High risk, Very high risk) แยกรายหน่วยบริการ ครบทุกรายการ และกลุ่ม เสี่ยง ได้รับการติดตามดูแลครบทุกราย (กลุ่ม High risk ได้รับการติดตามดูแล 2 สัปดาห์/ครั้ง กลุ่ม Very high risk ได้รับการติดตามดูแลทุกสัปดาห์)	0.6
		- กรณีการตาย รายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง ส่งรายงานสืบสวนการตาย (CE) ภายใน 15 วัน และมีการ Conference maternal death case ภายใน 30 วัน	0.4
	5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีวิตคน	1.0

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2559	2560	2561	2562
	อัตราส่วนการตายมารดา		ต่อการเกิดมีชีพแสนราย	0	0	56.78	28.74
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
	ลำดับ	คปสอ.	เกิดมีชีพ	ผลงาน	อัตรา		
	1	เมืองหนองคาย	2023	1	49.31		
	2	ท่าบ่อ	892	0	0		
	3	โพนพิสัย	468	0	0		
	4	ศรีเชียงใหม่	31	0	0		
	5	สังคม	46	0	0		
	6	สระใคร	2	0	0		
	7	เผ่าไร่	10	0	0		
	8	รัตนวาปี	6	0	0		
	9	โพธิ์ตาก	1	0	0		
		รวม	3,479	1	28.74		
เอกสารอ้างอิง	- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - คู่มือโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก						
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์				โทร. 08 1977 8442		
	น.ส.ธรรณา ธงชัย				โทร. 08 9618 3727		
	นายสิริชัย ขำสมบัติ				โทร. 08 1964 3779		
	น.ส.ชนิษฐา นาหนองตุม				โทร. 08 8572 1632		
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย				โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123		

ตัวชี้วัด 6/6/-	ร้อยละความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การบริหารจัดการ MCH Board หมายถึง มี MCH Board ระดับอำเภอ มีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปีและมีรายงานการประชุมทุกครั้งโดยมีวาระการประชุมคือสถานการณ์และผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กมีการสืบสวนการตายของมารดาและทารกทุกรายและรายงานจังหวัดภายใน 15 วัน มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 5 นาที และเด็กที่สงสัยพัฒนาล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัดภายใน 1 เดือน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดเองโดย MCH Board อำเภอ มีการจัดบริการ ANC/WCC/LR ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กหรือมาตรฐานกรมการแพทย์ (ห้องคลอด) มีผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้(จาก HDC/cockpit/ผลประเมิน) 4.1 อัตราส่วนมารดาตาย = 0 ต่อการเกิดมีชีวิตคน (HDC) 4.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (QOF/HDC) 4.3 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (QOF/HDC) 4.4 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7 (HDC) 4.5 เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 (HDC) 4.6 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100 (HDC) 4.7 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 10 (HDC) 4.8 อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีวิต (Cockpit, NICU) 4.9 ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีวิต (Cockpit/LR) 4.10 อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 (Cockpit/LR) 4.11 ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตรน้อยกว่าร้อยละ 3 (www.neoscreen.go.th) 4.12 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2563 ร้อยละ 62 ชาย 113 cm หญิง 112 cm) 4.13 คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 4.14 คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 4.15 LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง (ผลประเมิน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	MCH Board ระดับอำเภอ 9 อำเภอ
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด ร้อยละ 100 ของ คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ คปสอ. รอบที่ 1 ผลรวมคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 80 คะแนน รอบที่ 2 ผลรวมคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 90 คะแนน

วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลจาก HDC /cockpit/neoscreen/LR /NICU/ANC/WCC 2. จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด/เขต 3. จากแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย/กรมการแพทย์			
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563			
ระดับจังหวัด	ร้อยละ 100 ของ คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ. ทั้งหมด (9 แห่ง)			
สูตรคำนวณ	A/B x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 60		
	2	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 70		
	3	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80		
	4	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 90		
	5	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 100		
ระดับ คปสอ.	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก			
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ			
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ (100 คะแนน)			
สูตรคำนวณ	A/B x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ผลรวมคะแนนที่ได้ ร้อยละ	40 คะแนน	50 คะแนน
	2	ผลรวมคะแนนที่ได้ ร้อยละ	50 คะแนน	60 คะแนน
	3	ผลรวมคะแนนที่ได้ ร้อยละ	60 คะแนน	70 คะแนน
	4	ผลรวมคะแนนที่ได้ ร้อยละ	70 คะแนน	80 คะแนน
	5	ผลรวมคะแนนที่ได้ ร้อยละ	80 คะแนน	90 คะแนน
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	อำเภอ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2562		
		คะแนนเต็ม	ผลงาน	ร้อยละ
	เมืองหนองคาย	100	88	88.00
	ท่าบ่อ	100	91	91.00
	โพนพิสัย	100	91	91.00
	ศรีเชียงใหม่	100	95	95.00
	สังคม	100	93	93.00
	สระใคร	100	97	97.00
	เผ้าไร่	100	97	97.33
	รัตนวาปี	100	96	96.00
	โพธิ์ตาก	100	88	88.00
	จังหวัด	9 แห่ง	7 แห่ง	77.78
				3.00

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2559	2560	2561	2562 (ตค.61-สค.62)
1. อัตราส่วนมารดาตาย= 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อแสนการเกิดมีชีพ	20.33	0	56.78	28.74 (1/3479)
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ	88.50 (1,331/1,504)	83.82 (1,906/2,274)	91.79 (1,485/1,619)	89.29 (1851/2073)
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ	82.54 (1,404,1,701)	73.97(1,674/2,263)	84.11 (1,355/1,611)	79.04 (1633/2066)
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	8.13 (123/1,513)	6.09 (180/2,954)	3.58 (86/2,405)	5.76 (149/2585)
5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ	62.69 (3,307/5,275)	73.28 (3,086/4,211)	85.06 (3,080/3,621)	73.09 (2157/2951)
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ	88.19	87.53 (4,009/4,580)	86.28 (4,692/5,438)	90.44 (4946/5469)
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ	15.33 (109/711)	14.45 (397/2,748)	14.68 (337/2,296)	15.62 (576/3687)
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ	1.92	5.60 (18/3,215)	1.75 (4/2,291)	9.77 (34/3479)
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ	13.66 (80/5,838)	17.87 (56/3,133)	10.04 (23/2,291)	27.02 (94/3479)
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	6.19 (366/5,915)	11.65 (184/1,579)	2.58 (59/2,291)	5.99 (284/4738)
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตรน้อยกว่าร้อยละ 5 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ	4.57	7.33 (311/4,244)	4.13 (76/1,838)	9.88 (198/2005)
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 ร้อยละ 57 ช = 113 cm หญิง = 112 cm	ร้อยละ	-	-	44.46 (9,470/ 18,227) ช = 111.17 ญ = 110.87	61.64 (9,619/ 15,604) ช = 109.62 ญ = 108.79
13. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	100 (89/89)		100 (85/85)	100 (85/85)
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	100	100 (89/89)	100 (85/85)	100 (85/85)
15. LR ผ่านเกณฑ์การคลอตามาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง	ร้อยละ	83.33 (5/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)

คำอธิบายศัพท์

อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio (MMR) หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์ และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน

อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate) หมายถึง การตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 35 เซนติเมตรหรือมากกว่าบวกจำนวนการตายของทารกที่อายุต่ำกว่า 7 วัน ต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน)

อัตราตายทารก (Infant Mortality Rate) หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพตายก่อนอายุครบ 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพทั้งหมด 1,000 คน

อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ (Rate of Anemia in Pregnancy Woman) หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 หรือฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร (ตรวจครั้งแรกที่มาฝากครรภ์) ต่อจำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือด 100 คน

อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองธาลัสซีเมีย หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกคนที่ผ่านการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในทุกอายุครรภ์ ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 100 คน

	หมายเหตุ : การผ่านการตรวจ หมายถึง เคยได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ในครรภ์นี้หรือครรภ์ก่อน อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมด 100 คน การคลอดก่อนกำหนด (Premature Labor) หมายถึง เด็กที่คลอดออกมาจากมารดาที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป/หรือน้ำหนักเด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัมขึ้นไป ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วย เลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) การบวมไตออกซิเจนในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และปริมาณเลือดที่ผ่านปอด (pulmonary perfusion) น้อยหรือมีไม่เพียงพอ หลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆ ทางสมองตามมา เช่น Epilepsy, Mental Retardation, Cerebral Palsy และ Learning Disabilities หรือเป็นผลให้ทารกเสียชีวิต นำ ไปสู่ความสูญเสียของครอบครัวและสังคม การคลอดมาตรฐาน หมายถึง 1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ 3.1 การค้นหาความเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด/แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น 4. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐานตามเกณฑ์ 5. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)	
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ 2. แผนงาน/โครงการ 3. รายงานการประชุม 4. รายงานการสืบสวนการตายมารดาและทารก 5. ระบบรายงาน HDC/cockpit/neoscreen/ANC/WCC/LR 6. ผลการประเมินตนเอง/จากทีมอำเภอ/เขต	
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 08 1977 8442
	น.ส.ธรรณา ธงชัย	โทร. 08 9618 3727
	นายสิริชัย ขำสมบัติ	โทร. 08 1964 3779
	น.ส.ชนิษฐา นาหนองตุม	โทร. 08 8572 1632
	งาน MCH กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

เกณฑ์การให้คะแนน ประเมิน รพท./รพช. วัดตามแบบประเมิน MCH Board ระดับอำเภอ

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
1. MCH Board ระดับอำเภอ		5
1. มีคำสั่งแต่งตั้ง MCH Board 2. ประชุมอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี /รายงานการประชุม - รอบที่ 1 อย่างน้อย 1 ครั้ง - รอบที่ 2 อย่างน้อย 2 ครั้ง 3. วิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของ MCH อำเภอ จัดทำแผนงาน/โครงการ 4. มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า/ล่าช้า และได้รับการติดตามดูแล 5. มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือ และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า/ล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัด	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/โรงพยาบาลทั่วไป/MCH Board จังหวัด/เขตบริการสุขภาพที่ 8 (ประเมินตามการจัดอบรมที่เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว)		5
2.1 อบรมเชิงปฏิบัติการ การทำคลอดและการใช้แบบฟอร์มและกราฟดูแลคลอด สำหรับแพทย์พยาบาลและทบทวนมาตรฐานการดูแลคลอด	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้อบรม = 0 คะแนน	1
2.2 อบรมทักษะ แพทย์ พยาบาล ในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงสูง US, NST	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	1
2.3 พยาบาลห้องคลอดใหม่ทุกคนโรงพยาบาลชุมชน เข้ารับการเพิ่มพูนทักษะการคลอดในโรงพยาบาล Node ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์	พยาบาลห้องคลอดผ่านการฝึกปฏิบัติทักษะการคลอด - ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่ครบทุกคน = 0 คะแนน	1
2.4 อบรม Neonatal resuscitation/Stabilization and Transportation และอบรมฟื้นฟูความรู้ การดูแลทารก Preterm and Low birth weigh ภาวะวิกฤติ สำหรับ แพทย์ พยาบาล	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	1
2.5 อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ในการประเมิน คัดกรองเด็กปฐมวัยโดยใช้คู่มือDSPM และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ - ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่ครบทุกคน = 0 คะแนน	1
3. การจัดการบริการ ANC/LR/WCC ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก(ประเมินโดยทีม MCH Board ระดับอำเภอ)		15
3.1 ผลการประเมิน ANC คุณภาพ (จำนวน รพ. และ รพ.สต.ให้บริการ ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพ)	ผ่าน<ร้อยละ 50 = 1 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 50-59 = 2 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 60-79 = 3 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน ผ่าน ≥ร้อยละ 80 = 5 คะแนน	5
3.2 ผลการประเมิน WCC คุณภาพ (จำนวน รพ. และ รพ.สต.ให้บริการ WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพ)	ผ่าน <ร้อยละ 50 = 1 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 50-59 = 2 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 60-79 = 3 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน ผ่าน ≥ร้อยละ 80 = 5 คะแนน	5

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
3.3 ผลการประเมิน LR คุณภาพ ผ่านเกณฑ์การคลอตามมาตรฐานของของจังหวัด (เกณฑ์การให้คะแนน/แบบฟอร์มการประเมินตนเองของกรมการแพทย์/แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก) ตามเอกสารแนบท้ายตัวชี้วัด	ระดับคะแนน 1 ขั้นตอนความสำเร็จ 1 ระดับคะแนน 2 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2 ระดับคะแนน 3 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3 ระดับคะแนน 4 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4 ระดับคะแนน 5 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4,5	5
4. มีกิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ กรณีดังต่อไปนี้	เกณฑ์การให้คะแนน	15
1. Post partum hemorrhage (รพ.ระดับ F1-F3 ทบทวนทุก case) และ Post partum hemorrhage with shock (รพ.ทุกระดับ ทบทวนทุก case) 2. Eclampsia ทบทวนทุก case 3. Dead ทบทวนทุก case 4. Pregnancy Induced Hypertension ในกรณี การวินิจฉัยล่าช้า/การส่งต่อล่าช้า (รพช.ทบทวนทุก case, รพท.ทบทวนร้อยละ 10) 5. GDM ที่ผลลัพธ์การคลอดเป็น Unplan Refer/ Preterm/LBW/ C/S (รพช.ทบทวนทุก case, รพท.ทบทวน ร้อยละ 10)	- ทบทวนและส่งเอกสารการทบทวนให้จังหวัดภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดอุบัติการณ์ ≤ ร้อยละ 20 = 3 คะแนน ≤ ร้อยละ 40 = 6 คะแนน ≤ ร้อยละ 60 = 9 คะแนน ≤ ร้อยละ 80 = 12 คะแนน ≤ ร้อยละ 100 = 15 คะแนน	
5. ผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้		60
1. อัตราส่วนมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่มีแม่ตาย = 5 มีแม่ตาย = 0	5
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 1 คะแนน	5
5. เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 45 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 = 1 คะแนน	5
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 12 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 14 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 16 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 18 = 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. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก $\geq$ 48 ชม. มี TSH >11.2 /จำนวนเด็กเกิด $\geq$ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 = 1 คะแนน	5
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2563 ร้อยละ 62 ช = 113 cm หญิง = 112 cm	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 58 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 54 = 1 คะแนน	5

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563 (จาก HDC/Cockpit/LR/NICU/ANC/WCC)

อำเภอ.....

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	Base line ปี 2562	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2563		
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
2.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ				
3.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ				
4.ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ				
5.เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ				
6.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 100	ร้อยละ				
7.ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 15	ร้อยละ				
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ				
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ				
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2563 ร้อยละ 62 ช = 113 cm หญิง = 112 cm	ร้อยละ				
13. คลินิก ANCผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
15. LR คุณภาพ ผ่านเกณฑ์การคลอตามาตรฐานกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตนเอง ตามแบบฟอร์ม กรมการแพทย์		100 คะแนน		

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงต่ำ

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

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

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงสูง

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

ผู้รับ / ประเด็น การประเมิน	วิธี / ผลการประเมิน
- หน้ากาก (mask) เบอร์ 0, 1, 2 อย่างละ 1 ชิ้น 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. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการทำคลอดตามหลักสูตรแพทย์ศาสตรบัณฑิต หรือพยาบาลศาสตร์	☐ บางคน ☐ ทุกคน
3. มีทีมบุคลากรที่สามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารก	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มีคุณภาพ ☐ มีคุณภาพ
4. มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอด ไม่น้อยกว่า 1:3	จำนวนแพทย์+พยาบาล ต่อจำนวนผู้คลอด =
5. มีการพัฒนาบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	☐ ไม่มี ☐ มี
6. มีสูติแพทย์	☐ ไม่มี ☐ มี
7. มีวิสัญญีแพทย์	☐ ไม่มี ☐ มี
8. มีกุมารแพทย์	☐ ไม่มี ☐ มี
ระบบการให้บริการ	ตรวจสอบเวชระเบียน /
1. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มมาตรฐาน	☐ ไม่ครบ ☐ ครบ ☐ บางราย ☐ ทุกราย
2. Admission test โดย EFM หรือ Sound provoked fetal movement	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
3. ใช้กราฟดูแลการคลอด (Partograph)	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
4. แผลผล intrapartum EFM ตามแบบประเมิน EFM ที่กำหนด	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
5. ให้การบริการถูกต้องตาม guideline ห้องคลอดคุณภาพ	☐ ไม่ทำเลย ☐ บางราย ☐ ทุกราย
6. สามารถทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ฉุกเฉินได้ตลอดเวลา	☐ บางราย ☐ ทุกราย
7. มีระบบการส่งต่อมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัย	☐ บางราย ☐ ทุกราย
8. มีการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำตัวชี้วัดใน Process และ Outcome ที่กำหนด ได้แก่	
- อัตราการเกิด birth asphyxia	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์..... : 1 พัน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตายของมารดาที่ refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์ : 1 แสน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตกเลือดหลังคลอด	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์ %
9. มีการประชุมรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงนโยบายและแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	☐ ไม่มี ☐ มี
10. มีธนาคาร / ระบบ / เครือข่ายในการหาเลือด	☐ ไม่มี ☐ มี
11. มีระบบรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนและมีระบบที่จะให้ผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งมาได้พบสูติแพทย์ทันทีโดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน	☐ ไม่มี ☐ มี
12. มีการทบทวนการดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตทุกรายเพื่อหาจุดบกพร่องและทำการปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ	☐ ไม่มี ☐ มี
13. ส่งรายงานการประชุมพร้อมเวชระเบียนของมารดาที่เสียชีวิตให้คณะกรรมการของกรมการแพทย์พิจารณาทุกรายภายใน 7 วันหลังการเสียชีวิตของมารดา	☐ ไม่มี ☐ มี

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน (F3 รพ.สระใคร/F2 รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สังคม/F1 รพ.โพนพิสัย/M2 รพ.ท่าบ่อ/S รพ.หนองคาย)

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่ 17 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. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ			
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ			
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ			
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 5 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ			
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 ร้อยละ 57 ช = 113 cm หญิง = 112 cm				
13. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ 100	ร้อยละ			
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ 100	ร้อยละ			
15. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตามแบบกรมการแพทย์			

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

.....

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม)

.....

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

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ประเมินเฝ้าระวังไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 7/7/3	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึงเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หรือคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) 2. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึงแบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปีใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติและดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้านได้แก่ด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาด้านการเข้าใจภาษาด้านการใช้ภาษาด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม 3. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 0-5ปี ที่ได้รับการประเมินด้วย DSPM หรือ DAIM ตามเกณฑ์อายุ แล้วพบว่า เด็กไม่สามารถทำได้ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน 4. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการTEDA4I หมายถึงแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการเด็กอายุตั้งแต่ 2 เดือนถึง 72 เดือน ใช้ประเมินกระตุ้นแก้ไขพัฒนาการและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งการประเมินเด็กออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาด้านการเข้าใจภาษาด้านการใช้ภาษาด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ซึ่งต้องประเมินโดยนักจิตวิทยาหรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคนทุกสิทธิ์ ที่อยู่จริงในพื้นที่ (Type 1 และ 3) ตามกลุ่มอายุดังนี้ 1) อายุ 9 เดือน ถึง 9 เดือน 29 วัน 2) อายุ 18 เดือน ถึง 18 เดือน 29 วัน 3) อายุ 30 เดือน ถึง 30 เดือน 29 วัน 4) อายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน 5) อายุ 60 เดือน ถึง 60 เดือน 29 วัน
เป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90 1. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 2. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20 3. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90 4. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 65
วิธีการเก็บข้อมูล	- บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่านระบบรายงาน HDC (Special PP) - อำเภอ,จังหวัดรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 ตุลาคม 2562-กรกฎาคม 2563
แหล่งข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

การบันทึกข้อมูล	1. การบันทึกการคัดกรอง DSPM/DAIM ของเด็ก ในแฟ้ม Special PP ใช้รหัสดังต่อไปนี้ที่ช่องงานให้บริการ 1.1 เด็กสงสัยล่าช้า = 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน 1.2 เด็กสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที = 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที 2. การบันทึกผลการคัดกรองซ้ำ (หลังการคัดกรอง 30 วัน) สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน และ 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ต้องดำเนินการประเมินด้วย DSPM/DAIM และบันทึกแฟ้ม SpecialPP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้ 2.1 ปกติ=1B260 2.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน 1B202 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B212 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B222 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B232 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B242 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 3. การบันทึกผลการแก้ไขพัฒนาการ ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที และ เด็กสงสัยล่าช้า ตามข้อ 2 ที่ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วแต่ยังพบความผิดปกติของพัฒนาการซึ่งระบุด้านที่ล่าช้าเป็นรายด้าน ตามข้อ 2.2 ซึ่งต้องดำเนินการประเมินด้วยคู่มือ TEDA4I และบันทึกแฟ้ม SpecialPP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้ 3.1 ปกติ=1B270 3.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน 1B271 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B272 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B273 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B274 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B275 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2 (รายเดือน)	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ต้องได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด
รายการข้อมูล 3 (รายเดือน)	C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และพบสงสัยล่าช้าทั้งหมด
รายการข้อมูล 4 (รายเดือน)	D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน แล้วมีพัฒนาการสมวัย
รายการข้อมูล 5 (รายไตรมาส)	E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีที่ได้รับการส่งต่อเพื่อแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ทั้งหมด
รายการข้อมูล 6 (รายไตรมาส)	F = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีที่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ครบ 3 เดือน

รายการข้อมูล 7	G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย (A-C+D)																																																
สูตรคำนวณ																																																	
ตัวชี้วัด 1	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90 = $(G/A) \times 100$																																																
ตัวชี้วัด 1.1	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 = $(A/B) \times 100$																																																
ตัวชี้วัด 1.2	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20 = $(C/A) \times 100$																																																
ตัวชี้วัด 1.3	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90 = $(D/C) \times 100$																																																
ตัวชี้วัด 1.4	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 65 = $(F/E) \times 100$																																																
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ตัวชี้วัดที่ 1 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90 <table> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90</td></tr> </table> ตัวชี้วัดที่ 1.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 <table> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 85</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90</td></tr> </table> ตัวชี้วัดที่ 1.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20 <table> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 12</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 16</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20</td></tr> </table> ตัวชี้วัดที่ 1.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90 <table> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90</td></tr> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 70	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 75	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 80	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 85	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 12	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 16	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 50	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 60	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 70	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 80	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70																																																
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75																																																
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80																																																
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85																																																
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90																																																
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 70																																																
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 75																																																
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 80																																																
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 85																																																
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90																																																
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 12																																																
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 14																																																
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 16																																																
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18																																																
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20																																																
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 50																																																
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 60																																																
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 70																																																
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 80																																																
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90																																																

	ตัวชี้วัดที่ 1.4 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 65									
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 25								
	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 35								
	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 45								
	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 55								
	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 65								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.							
			2559	2560	2561	2562				
	ร้อยละ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	82.42 (5,632/6,833)	92.97 (12,264/13,191)	94.30 (10,980/11,644)	97.11 (12,855/13,327)				
	เด็ก 0- 5 ปี ได้รับการคัดกรองด้วยพัฒนาการด้วยDSPM	ร้อยละ	39.56 (7,006/17,711)	79.15 (13,098/16,548)	70.19 (11,644/16,142)	87.11 (13,237/15,195)				
	เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	21.52 (1,508/7,006)	22.81 (2,988/13,098)	23.14 (2,695/11,644)	22.62 (2,994/13,237)				
	เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน	ร้อยละ	33.24 (488/1,508)	68.54 (2,033/2,988)	76.20 (2,036/2,695)	89.28 (2,633/2,994)				
	เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้า กระตุ้นภายใน 1 เดือนไม่ผ่านด้วย DSPM ส่งต่อกระตุ้นด้วย TEDA4I	ร้อยละ	-	-	20 (5/25)	48.89 (22/45)				
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562									
	อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	ติดตามได้	ร้อยละ	สมวัย	ร้อยละ
	เมือง	3,959	3261	82.37	590	18.09	440	77.19	3102	95.12
	ท่าบ่อ	2,222	2083	93.74	560	26.88	477	87.36	1999	95.97
	โพนพิสัย	3,089	2875	93.07	650	22.61	633	97.99	2850	99.13
	ศรีเชียงใหม่	724	584	80.66	126	21.58	106	84.80	563	96.40
	สังคม	891	813	91.25	215	26.45	184	87.20	781	96.06
	สระใคร	923	742	80.39	155	20.89	145	93.55	732	98.65
	เผ่าไร่	1,751	1476	84.29	363	24.59	355	98.07	1468	99.46
	รัตนวาปี	1,204	1029	85.47	245	23.81	210	85.71	993	96.50
	โพธิ์ตาก	432	374	86.57	90	24.06	83	93.26	367	98.13
	รวม	15,195	13,237	87.11	2994	22.62	2633	89.28	12855	97.11
HDC:2/10/2562										
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูล 43 แฟ้ม ส่งเข้า HDC 2. การบันทึกผลการตรวจประเมินในคู่มือ DSPM/DAIM/TEDA4I 3. คลินิก WCC, คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก									
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์						โทร. 08 1977 8442			
	น.ส.ธารณา ธงชัย						โทร. 08 9618 3727			
	น.ส.ชนิษฐา นาหนองตูม						โทร. 08 8572 1632			
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย						โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			

ตัวชี้วัด 8/8/4	ร้อยละ 62 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน แนวทางการดำเนินงาน ปี 2563 : <table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td> - สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน </td><td> - ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วน - ร้อยละ 90 ของ อำเภอสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 70 ของอำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน </td><td> - ร้อยละ 100 ของ อำเภอสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 2 แห่ง - ร้อยละ 80 ของ อำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน </td><td> - ร้อยละ 90 ของ อำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 62 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน </td></tr></table> ปี 2564 : <table><tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr><tr><td> - สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน </td><td> - ร้อยละ 100 ของอำเภอที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 10 ของอำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน </td><td> - ร้อยละ 20 ของ อำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน </td><td> - ร้อยละ 30 ของ อำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน </td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วน - ร้อยละ 90 ของ อำเภอสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 70 ของอำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของ อำเภอสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 2 แห่ง - ร้อยละ 80 ของ อำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 90 ของ อำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 62 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของอำเภอที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 10 ของอำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 20 ของ อำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 30 ของ อำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วน - ร้อยละ 90 ของ อำเภอสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - ร้อยละ 70 ของอำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของ อำเภอสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน อย่างน้อย ตำบลละ 2 แห่ง - ร้อยละ 80 ของ อำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 90 ของ อำเภอสร้างครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดี สมส่วนทุกอำเภอ - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 62 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
- สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วน - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 100 ของอำเภอที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 10 ของอำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 20 ของ อำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน	- ร้อยละ 30 ของ อำเภอมีครอบครัวนักโภชนาการส่งเสริมเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วนทุกตำบล - สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน - ร้อยละ 63 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน														

เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1. ร้อยละเด็กสูงตีสมส่วน	51	54	57	62	63
	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี					
	- เด็กชาย (เซนติเมตร)		113	113	113	113
	- เด็กหญิง (เซนติเมตร)		112	112	112	112
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี					
วิธีการประเมิน	- รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม - การสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด					
ระยะเวลาประเมินผล	- เด็กอายุ 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน - สำนวณภาวะการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกๆ 3 ปี					
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วน					
	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง					
	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง					
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด					
	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด					
	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วน = $(A1 \times 100) / B1$ ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B2)$ ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B3)$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างตีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 54				
	2	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างตีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 56				
	3	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างตีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 58				
	4	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างตีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 60				
	5	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างตีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 62				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน	62*	ร้อยละ	-	47.95	61.66
	ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 113**	เซนติเมตร		109.07	109.62
		หญิง = 112**	เซนติเมตร	-	108.38	108.78

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
	อำเภอ	จำนวนเด็ก 0-5 ปีทั้งหมด (คน)	เด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก & วัดส่วนสูง		ร้อยละ สูงตีสมาส่วน	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 5 ปี (เซนติเมตร)	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ		ชาย	หญิง
	เมืองหนองคาย	6,797	3,855	56.72	64.15	109.36	108.51
	ท่าบ่อ	3,779	3,022	79.97	59.00	109.01	107.70
	โพนพิสัย	5,375	2,368	44.06	61.40	109.53	108.55
	ศรีเชียงใหม่	1,288	753	58.46	63.88	108.84	107.38
	สังคม	1,526	1,266	82.96	56.95	111.46	112.50
	สระใคร	1,558	1,025	65.79	52.68	111.46	110.91
	เผ่าไร่	3,014	1,794	59.52	75.47	111.34	110.23
	รัตนวาปี	2,133	1,161	54.43	57.88	109.95	108.44
	โพธิ์ตาก	756	480	63.49	45.42	103.00	103.65
	รวม	26,226	15,724	59.96	61.66	109.62	108.78
HDC : 2/10/62							
เอกสารอ้างอิง	- ฐานข้อมูล 43แฟ้ม HDC/Cockpit - มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน - สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข การสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมาส่วน การสร้างครอบครัวนักโภชนาการ การสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงตีสมาส่วน						
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์			โทร 08 1977 8442			
	น.ส.ธารณา ธงชัย			โทร. 08 9618 3727			
	น.ส.ชนิษฐา นานองตุม			โทร. 08 8572 1632			
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 9/9/5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์							
หน่วยวัด	ร้อยละ							
น้ำหนัก	ร้อยละ							
คำอธิบาย	ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว ดังต่อไปนี้ 1. มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที หรือมีกิจกรรมทางกายสะสม 150 นาที / สัปดาห์ 2. รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำ 3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) หมายเหตุ : 1. ผ่านการประเมินทั้ง 5 ข้อ ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อและทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันไดและกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา:แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573) 3. รับประทานผัก เป็นประจำ (ผัก 1 ส่วน หมายถึง ผักสุก 1 ทัพพี ผักสด 2 ทัพพี) 4. รับประทานผลไม้สด เป็นประจำ (ผลไม้ 1 ส่วน หมายถึง ผลไม้ 6-8 ชิ้นคำ) 5. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป							
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ <table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 2563</td><td>ปีงบประมาณ 2564</td><td>ปีงบประมาณ 2565</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 65</td><td>ร้อยละ 70</td></tr> </table> ระดับ รพ.สต. : ผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้ง 5 ข้อ		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565						
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70						
วิธีการประเมิน	1. แบบประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ/คะแนนฯ ที่ สสจ.หนองคายออกแบบ 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยิ่งแจ้ว 3. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4. คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน excel							
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563							
ระดับจังหวัด/คปสอ.								
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์							
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน							
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$ หมายเหตุ: จำนวนผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด							

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คป สอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		20	40
	2	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		25	45
	3	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		30	50
	4	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		35	55
	5	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		40	60
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2559	2561
	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์	ร้อยละ	27.8 (จากการประเมินแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติ)	54.4 (จากการสำรวจ ของกรมอนามัย)	52 (จากการสำรวจ ของกรมอนามัย)
เอกสารอ้างอิง	1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยิ่งแจ้ว 3. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว				
ผู้รับผิดชอบ	นายกงเพชร ขุนเขียว			โทร. 081-9752021	
	งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123	

แบบประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ/คะแนน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	การประเมินความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (ADL)			พฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ 5 ข้อ					คะแนน
			ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	1	2	3	4	5	

ตัวชี้วัดที่ 10/10/6	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน “ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” เพื่อขับเคลื่อนแบบบูรณาการให้ตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผ่านเกณฑ์ เกณฑ์ที่กำหนด(ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) หมายถึงเกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน ครอบคลุมประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1) มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ในปีงบประมาณ 2561 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ในปีงบประมาณ 2561 3) มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7) มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ คณะกรรมการกองทุนตำบลและอปท.ที่เข้าร่วมดำเนินการให้มีการโอนงบประมาณจากกองทุนฯไปที่หน่วยจัดบริการ ระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว หมายถึง ทุกหน่วยบริการมีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่กำหนด 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบ่งออกเป็น 1) ติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) : พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น/ชุมชน/สังคมได้ 2) ติดบ้าน (5-11 คะแนน) : ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง 3) ติดเตียง (0-4 คะแนน) : พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 1.2 ประเมินตามชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. 4 กลุ่ม 1) เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI:B3) 2) เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2) 3) ที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I 3) 4) ที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ ในระยะท้ายของชีวิต (TAI : I 2,1)

	กลุ่มที่ 2 การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) สุขภาพช่องปาก 4) สุขภาวะทางตา(ต้อกระจก) 5) ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ 3 การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ 1) สมรรถภาพสมอง (MMSE) 2) ภาวะซึมเศร้า 3) ข้อเข่าเสื่อม 4) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม กลุ่มที่ 4 การคัดกรองภาวะโภชนาการ (รอบเอว) หมายเหตุ มีข้อมูลจำนวนประชากรทุกกลุ่มวัยในพื้นที่และจำนวนผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุรายบุคคล และรายกลุ่ม มาตรการ / โครงการ / กิจกรรม ในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง รพท./รพช./รพ.สต.และ ศูนย์เทศบาลฯ มีการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ระดับตำบล หรือระดับชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ และบันทึกผลการประเมินชมรมในโปรแกรมหน้า web สสจ.หนองคาย ที่ http://203.157.92.5/miss_nk/ เกณฑ์การให้คะแนน มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 5 หมวด <table border="0"> <tr> <td>1) หมวดข้อมูลทั่วไป</td> <td>คะแนนเต็ม</td> <td>15</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>2) หมวดกรรมการ</td> <td>คะแนนเต็ม</td> <td>10</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>3) หมวดกฎ กติกา</td> <td>คะแนนเต็ม</td> <td>10</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>4) หมวดการระดมทุน</td> <td>คะแนนเต็ม</td> <td>20</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>5) หมวดกิจกรรม</td> <td>คะแนนเต็ม</td> <td>45</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td colspan="2">คะแนนรวมทั้ง 5 หมวด</td> <td>100</td> <td>คะแนน</td> </tr> </table> เกณฑ์ในการตัดสินเพื่อประเมินรับรองมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ <table border="0"> <tr> <td>ระดับดีเด่น</td> <td>ได้คะแนน</td> <td>80</td> <td>คะแนนขึ้นไป</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีมาก</td> <td>ได้คะแนน</td> <td>70-79</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับดี</td> <td>ได้คะแนน</td> <td>60-69</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับพื้นฐาน</td> <td>ได้คะแนน</td> <td>50-59</td> <td>คะแนน</td> </tr> </table> ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 12 วัน จากกรมอนามัย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง	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	ระดับดีเด่น	ได้คะแนน	80	คะแนนขึ้นไป	ระดับดีมาก	ได้คะแนน	70-79	คะแนน	ระดับดี	ได้คะแนน	60-69	คะแนน	ระดับพื้นฐาน	ได้คะแนน	50-59	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																																						
ระดับดีเด่น	ได้คะแนน	80	คะแนนขึ้นไป																																						
ระดับดีมาก	ได้คะแนน	70-79	คะแนน																																						
ระดับดี	ได้คะแนน	60-69	คะแนน																																						
ระดับพื้นฐาน	ได้คะแนน	50-59	คะแนน																																						

7. เกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 7 องค์ประกอบ			
องค์ประกอบ	รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ๖ ครอบครัวทุกประเด็น ได้แก่ 1.1 ADL (55 คะแนน) ร้อยละของการคัดกรอง 97 ขึ้นไป = 55 94 - 96 = 50 91 - 93 = 45 88 - 90 = 40 85 - 87 = 35 82 - 84 = 30 79 - 81 = 25	ADL รอบ 1,2 ใช้เกณฑ์เดียวกันเนื่องจากเป็นการประเมินแบบสะสม	
	1.2 มีการประเมินคัดกรองโรคที่พบบ่อย 1) เบาหวาน (5 คะแนน) 2) ความดันโลหิตสูง (5 คะแนน) 3) สุขภาพช่องปาก (5 คะแนน) 4) สุขภาวะทางตา (ต้อกระจก) (5 คะแนน) 1.3 มีการคัดกรองภาวะเสื่อม 1) ภาวะซึมเศร้า (5 คะแนน) 2) ภาวะสมองเสื่อม (MMSE) (5 คะแนน) 3) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (5 คะแนน) 4) ข้อเข่าเสื่อม (5 คะแนน) 1.4 ภาวะโภชนาการ (รอบเอว) (5 คะแนน)		
	สรุปคะแนนองค์ประกอบที่ 1 ต่ำกว่า 50 คะแนน ระดับพื้นฐาน 51-60 คะแนน ระดับพัฒนา 61-70 คะแนน ระดับดี 71-80 คะแนน ระดับดีมาก 80 คะแนนขึ้นไป ระดับดีเยี่ยม		
	2	มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	ต้องผ่านทั้ง 3 ข้อ
มีการพัฒนาชมรมและประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล/บันทึกผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมผู้สูงอายุ (http://203.157.92.5/miss_nk/)		ระดับพื้นฐาน	ระดับพื้นฐาน
มีการพัฒนา/ประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และบันทึกผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมผู้สูงอายุ ครอบครัว		60	ร้อยละ 70
ผู้สูงอายุระดับ ตำบลหรือหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับ		ดี ≥ 2 ชมรม	ดีมาก ≥ 1 ชมรม
กลุ่ม pre-aging สมควรเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		ร้อยละ 15	ร้อยละ20
3	มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) สัดส่วน CG1: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1 คน 1:10	1 คน 1:10
4	มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี
5	มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี

	6	มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดย ท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุ รายบุคคล (Care plan) ครอบคลุม และกองทุนดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการโอนงบประมาณให้กับหน่วย จัดบริการ	50	80
	7	7.1 มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล	มี/ไม่มี	มี/ไม่มี
		7.2 อบท.ที่เข้าร่วมดำเนินการฯ มีการโอนงบประมาณจาก กองทุนฯ ไปที่หน่วยจัดบริการ	โอน/ไม่โอน	โอน/ไม่โอน
กลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดหนองคาย 2) ตำบลทุกตำบล (จำนวน 62 ตำบล) ใน 9 อำเภอของจังหวัดหนองคาย			
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care :LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85 ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 ข้อ			
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ Vision 2020 /โปรแกรมชมรมผู้สูงอายุ/ประเมิน/สำรวจ/			
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563			
ระดับจังหวัด/คป สอ.				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ใน ชุมชน <i>ผ่านเกณฑ์</i> ทุกองค์ประกอบ			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตำบลทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	25	65
	2	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	30	70
	3	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	35	75
	4	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	40	80
	5	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	45	85
ระดับ รพ.สต.				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	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	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	43.55	69.35	75.81
ผลการดำเนินงานร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care:LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ครบ 7 องค์ประกอบ (ที่มีการโอนเงินแล้ว) ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	อำเภอ/คปสอ.	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงานที่มีการโอนเงิน (แห่ง)	ร้อยละ
	1	หนองคาย	16	13	81.25
	2	ท่าบ่อ	10	10	100.00
	3	โพนพิสัย	11	5	45.45
	4	ศรีเชียงใหม่	4	3	75.00
	5	สังคม	5	5	100.00
	6	สระใคร	3	2	66.67
	7	เฝ้าไร่	5	3	60.00
	8	รัตนวาปี	5	3	60.00
	9	โพธิ์ตาก	3	3	100.00
	รวม		62	47	75.81

	ร้อยละ อปท.ที่เข้าร่วมดำเนินการฯมีการโอนงบประมาณจากกองทุนฯไปที่หน่วยจัดบริการ ปี 2559-2562							
	ที่	อำเภอ	พื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการ ปี 2559-2562				ผลรวม ทั้งหมด	หมายเหตุ (พื้นที่ที่ยังไม่มี การโอน)
			มี การโอน (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มี การโอน (แห่ง)	ร้อยละ		
	1	เมือง	13	81.25	3	18.75	16	1.อบต.เมืองหมี่ 2.อบต.หนองกอมเกาะ 3.ทต.กวนวัน
	2	ท่าบ่อ	12	100.00	0	0.00	12	
	3	โพนพิสัย	6	50.00	6	50.00	12	1.อบต.ชุมช้าง 2.อบต.จุมพล 3.อบต.บ้านฝือ 4.อบต.ทุ่งหลวง 5.ทต.สร้างนางขาว 6.อบต.เหล่าต่างคำ
	4	ศรีเชียงใหม่	4	80.00	1	20.00	5	1.อบต.พานพร้าว
	5	สังคม	6	100.00	0	0.00	6	
	6	สระใคร	2	66.67	1	33.33	3	1.อบต.บ้านฝาง
	7	เผ่าไร่	3	60.00	2	40.00	5	1.อบต.นาดี 2.ทต.เผ่าไร่
	8	รัตนวาปี	3	60.00	2	40.00	5	1.อบต.บ้านดอน 2.อบต.โพนแพง
	9	โพธิ์ตาก	3	100.00	0	0.00	3	
		รวมทั้งหมด	52	77.61	15	22.39	67	
ที่มา:ข้อมูลจาก สปสช. เขต 8 อุดรธานี ประจำปี เดือน กันยายน 2562								
เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) คู่มือ แนวทางการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care) 3) คู่มือ การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557							
ผู้รับผิดชอบ	นายกงเพชร ขุนเขียว					โทร.081-9752021		
	งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ					โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123		

การประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ/คะแนน

ที่	กิจกรรม	ผลการคัดกรอง	คะแนน		หมายเหตุ
			รอบที่ 1	รอบที่ 2	
1	ADL(55 คะแนน)				
	ADL รอบ 1,2 ใช้เกณฑ์เดียวกัน เนื่องจากการประเมินแบบ สะสม	97 ขึ้นไป = 55			HDC
		94 - 96 = 50			
		91 - 93 = 45			
		88 - 90 = 40			
		85 - 87 = 35			
		82 - 84 = 30			
		79 - 81 = 25			
2	การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่				
	2.1 เบาหวาน (5คะแนน)	รอบที่ 1	รอบที่ 2		HDC
	2.2 ความดันโลหิตสูง (5คะแนน)	40ขึ้นไป=5	80ขึ้นไป=5		HDC
	2.3 สุขภาพช่องปาก(5คะแนน)	35-39=4	75-79=4		HDC
	2.4 ต้อกระจก(5คะแนน)	30-34=3	60-74=3		VISSION 2020
		25-29=2	55-59=2		
		20-24=1	45-49=1		
3	การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome				
	3.1 สมรรถภาพสมอง (MMSE) (5คะแนน)	รอบที่ 1	รอบที่ 2		HDC
	3.2 ภาวะซึมเศร้า(5คะแนน)	40ขึ้นไป=5	80ขึ้นไป=5		HDC
	3.3 ข้อเข่าเสื่อม(5คะแนน)	35-39=4	75-79=4		HDC
	3.4 ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (5คะแนน)	30-34=3	60-74=3		HDC
4	การคัดกรองภาวะโภชนาการ (รอบเอว) (5คะแนน)	25-29=2	55-59=2		HDC
		20-24=1	45-49=1		
	สรุปคะแนนองค์ประกอบที่ 1				
	ต่ำกว่า 50 คะแนน ระดับพื้นฐาน				
	51-60 คะแนน ระดับพัฒนา				
	61-70 คะแนน ระดับดี				
	71-80 คะแนน ระดับดีมาก				
	80 คะแนนขึ้นไป ระดับดีเยี่ยม				

การขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุ/คะแนน

มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ที่	กิจกรรม	ผลการคัดกรอง	คะแนน		หมายเหตุ
			รอบที่ 1	รอบที่ 2	
2.1	มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	ขึ้นทะเบียนในระบบ มีการประเมิน			
2.2	มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ				

ตัวชี้วัดที่ 11/11/7	ร้อยละครอบครัวไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	หน่วยบริการสุขภาพ นำนโยบายและแนวทางการดำเนินงานไปดำเนินการขับเคลื่อนสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกายแก่ประชาชน อสม. ภาครัฐเครือข่ายในพื้นที่ ให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ คลังข้อมูลกิจกรรมทางกาย เช่น แอปพลิเคชัน สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ได้โดยง่าย เพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่าทำได้ และตัดสินใจเลือกหรือเข้าร่วมในกิจกรรมทางกายต่างๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง และครอบครัว โดยมีการเชิญชวนให้ประชาชนทุกครอบครัว ได้ลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย ในโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ซึ่งครอบครัวต้องมีการเข้าถึงข้อมูลด้วยความเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ได้ หน่วยบริการสุขภาพ และ อสม. ประเมินความสำเร็จของตัวชี้วัด ด้วยจำนวนของครอบครัวที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ และประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกิจกรรมทางกาย โดยใช้แบบประเมินระดับความมั่นใจในการเข้าถึงข้อมูลและการลงทะเบียนของกรมอนามัย โดยสอบถามผู้ที่เป็นตัวแทนของครอบครัวที่ลงทะเบียน ครอบครัวละ 1 ชุด ประเมินจากตัวแทนครอบครัวที่มีผลการประเมิน HL ระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ 80) โดยแบ่งเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ <table><tr><td>ระดับความมั่นใจ</td><td>ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ</td><td>ร้อยละคะแนน</td></tr><tr><td>ระดับ 8 ขึ้นไป</td><td>ระดับดี</td><td>≥ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>ระดับ 6-7</td><td>ระดับพอใช้</td><td>ร้อยละ 60-79.99</td></tr><tr><td>น้อยกว่าระดับ 6</td><td>ระดับไม่ดี</td><td><ร้อยละ 60</td></tr></table> ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่แสดงออกมาของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพด้านกายและจิตได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ 1.การเข้าถึงข้อมูลความรู้กิจกรรมทางกาย เช่น รู้แหล่งข้อมูลความรู้ สถานที่ออกกำลังกาย ค้นหาข้อมูลกิจกรรมทางกายได้ 2.การเข้าใจข้อมูลความรู้กิจกรรมทางกาย เช่น เข้าใจศัพท์ และเหตุผลความจำเป็น ขั้นตอนการปฏิบัติ ของกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและนำไปปรับใช้ได้ 3.การประเมินข้อมูลความรู้กิจกรรมทางกาย เช่น บอกได้ว่าข้อมูลกิจกรรมทางกายจากแหล่งใดมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง และแลกเปลี่ยนได้ 4.การปรับใช้ข้อมูลความรู้กิจกรรมทางกาย เช่น มีการตัดสินใจบนฐานข้อมูลและความรู้ที่น่าเชื่อถือ ถูกต้อง และเพียงพอ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับตนเอง ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกัน มีสายสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกัน ผู้ลงทะเบียน หมายถึง ตัวแทนของครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและดำเนินการกรอกข้อมูลเข้าสู่ระบบลงทะเบียน ในโครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนครอบครัว ในโครงการฯ	ระดับความมั่นใจ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ	ร้อยละคะแนน	ระดับ 8 ขึ้นไป	ระดับดี	≥ร้อยละ 80	ระดับ 6-7	ระดับพอใช้	ร้อยละ 60-79.99	น้อยกว่าระดับ 6	ระดับไม่ดี	<ร้อยละ 60
ระดับความมั่นใจ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ	ร้อยละคะแนน											
ระดับ 8 ขึ้นไป	ระดับดี	≥ร้อยละ 80											
ระดับ 6-7	ระดับพอใช้	ร้อยละ 60-79.99											
น้อยกว่าระดับ 6	ระดับไม่ดี	<ร้อยละ 60											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวของประชาชนจังหวัดหนองคาย												
เป้าหมาย	1. ครัวเรือนลงทะเบียน : รอบที่ 1 ร้อยละ 4 / รอบที่ 2 ร้อยละ 10 2. ผลการประเมิน HL ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100												
วิธีการประเมิน	จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ จากเว็บ https://activefam.anamai.moph.go.th/register โดยงานสื่อสารองค์กรฯ ประสานข้อมูลแยกรายอำเภอกับกรมอนามัย สำรวจการประเมิน HL รอบที่ 1 ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ รอบที่ 2 ช่วงเดือนกรกฎาคม												
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563												
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563												
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละครอบครัวที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครอบครัวทั้งหมดในพื้นที่												

สูตรคำนวณ	A x 100/B					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คป.สอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบ 2		
	1	จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียน	ร้อยละ 2	ร้อยละ 6		
	2	จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียน	ร้อยละ 2.5	ร้อยละ 7		
	3	จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียน	ร้อยละ 3	ร้อยละ 8		
	4	จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียน	ร้อยละ 3.5	ร้อยละ 9		
	5	จำนวนครอบครัวที่ลงทะเบียน	ร้อยละ 4	ร้อยละ 10		
ตัวชี้วัด	2. ร้อยละตัวแทนครอบครัวมี HL ระดับดีขึ้น					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตัวแทนครอบครัวที่มีการประเมิน HL ระดับดีขึ้น					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครอบครัวทั้งหมดที่ลงทะเบียน					
สูตรคำนวณ	A x 100/B					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คป.สอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ตัวแทนครอบครัวมี HL ระดับดีขึ้น ร้อยละ 60				
	2	ตัวแทนครอบครัวมี HL ระดับดีขึ้น ร้อยละ 70				
	3	ตัวแทนครอบครัวมี HL ระดับดีขึ้น ร้อยละ 80				
	4	ตัวแทนครอบครัวมี HL ระดับดีขึ้น ร้อยละ 90				
	5	ตัวแทนครอบครัวมี HL ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	1. ร้อยละครอบครัวที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ		ร้อยละ	-	-	-
	2. ร้อยละครอบครัวมี HL ระดับดีขึ้น		ร้อยละ	-	-	-
	เป้าหมายการดำเนินงานการลงทะเบียน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คป.สอ.	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	เป้าหมาย รอบ 1 ร้อยละ 4	เป้าหมาย รอบ 2 ร้อยละ 10	
	1	หนองคาย	56,881	2,275	5,688	
	2	ท่าบ่อ	25,975	1,039	2,597	
	3	โพนพิสัย	31,520	1,261	3,152	
	4	ศรีเชียงใหม่	9,871	395	987	
5	สังคม	8,276	331	828		
6	สระใคร	7,902	316	790		
7	เผ่าไร่	15,061	602	1,506		
8	รัตนวาปี	12,506	500	1,250		
9	โพธิ์ตาก	5,005	200	501		
	รวม	172,982	6,919	17,299		
เอกสารอ้างอิง	- แผนงาน โครงการสร้างความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย - แผนกิจกรรม การวิเคราะห์ - การประเมินผลก่อน-หลังดำเนินงาน สรุปผล - ภาพกิจกรรม					
ผู้รับผิดชอบ	นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร			โทร. 088-5602854		
	งานสื่อสารองค์กรและประชาสัมพันธ์ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 923 ต่อ 121		

ตัวชี้วัดที่ 12/12/8	จังหวัด : อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ร้อยละ 85 คปสอ./รพ.สต. : ระดับความสำเร็จการดำเนินงานยุติปัญหาวัณโรค ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน
หน่วยวัด	อัตรา ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย ระดับจังหวัด	1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาคือลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคมาน้อยกว่า 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 Xpert พบเชื้อวัณโรค หรือ Culture หรือวิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M.tuberculosis ได้ 2.3 ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ (New Smear not done) หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มีอาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้ หรือไม่มีการตรวจเสมหะ หรือในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1/2563 (ตุลาคม-ธันวาคม 2562) 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองวัณโรค (เดือนตุลาคม 2562-กรกฎาคม 2563)
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด ร้อยละ 85 คปสอ. และ รพ.สต. 5 ขั้นตอน
วิธีการประเมิน	สสจ. : รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP) คปสอ. : ประเมินจากเอกสารรายงาน ภาพกิจกรรมและรายงานจากโปรแกรม NTIP
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562-ธันวาคม 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562-ธันวาคม 2562 (ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1)
ระดับ จังหวัด	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 85
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	1	อัตราความสำเร็จการรักษาวันโรคผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ร้อยละ 65																							
	2	อัตราความสำเร็จการรักษาวันโรคผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ร้อยละ 70																							
	3	อัตราความสำเร็จการรักษาวันโรคผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ร้อยละ 75																							
	4	อัตราความสำเร็จการรักษาวันโรคผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ร้อยละ 80																							
	5	อัตราความสำเร็จการรักษาวันโรคผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ร้อยละ 85																							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้																								
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)																							
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																			
	1	/																							
	2	/	/																						
	3	/	/	/																					
	4	/	/	/	/																				
	5	/	/	/	/	/																			
	ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้																								
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				คะแนน																			
	1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานยุติปัญหาวันโรคระดับอำเภอหรือคณะทำงาน Service Plan 1.2 มีการจัดทำข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยวันโรคย้อนหลัง 3 ปี (2560-2562) เพื่อให้ทราบสถานการณ์วันโรครายตำบล/ทราบผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิดย้อนหลัง 3 ปี (เพื่อใช้เป็นกลุ่มเป้าหมายของผู้สัมผัส) ทราบประชากรกลุ่มเป้าหมายใหม่ในการคัดกรองที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี 1.3 มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองวันโรคเพิ่มขึ้นจากบริบทข้อมูลการป่วยของพื้นที่และจัดทำบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นราย รพ.สต 1.4 มีแผนงาน/โครงการยุติวันโรค				1 1 1 1 (ผ่านอย่างน้อย 3 คะแนน)																			
	2	2.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องวันโรค การคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวันโรค และการติดตามกำกับการกินยาผู้ป่วยวันโรค 2.2 ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองวันโรคโดยการเอกซเรย์ อย่างน้อยร้อยละ 80 (รอบที่ 1 ร้อยละ 20 รอบที่ 2 ร้อยละ 40) <table><tr><th colspan="2">ผลงานการเอกซเรย์</th><th rowspan="2">คะแนน</th></tr><tr><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td><td>1</td></tr><tr><td>ร้อยละ 5-9.5</td><td>ร้อยละ 10-19</td><td>2</td></tr><tr><td>ร้อยละ 10-14.5</td><td>ร้อยละ 20-29</td><td>3</td></tr><tr><td>ร้อยละ 15-19.5</td><td>ร้อยละ 30-39</td><td>4</td></tr><tr><td>ร้อยละ 20</td><td>ร้อยละ 40</td><td>5</td></tr></table> 2.3 โรงพยาบาลมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวันโรคครบถ้วน 2.4 โรงพยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยวันโรคทุกรายในประเด็น (1) ความสามารถในการรักษาและทานยาต่อเนื่องเป็นอย่างไร (2) ผู้ป่วยมีสถานะร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทำได้เหมาะสมกับปัญหาที่ผู้ป่วยมี 2.5 โรงพยาบาลมีระบบการแจ้งผู้รับผิดชอบในพื้นที่ในการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคภายหลังการขึ้นทะเบียนภายใน 3 วัน				ผลงานการเอกซเรย์		คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 10	1	ร้อยละ 5-9.5	ร้อยละ 10-19	2	ร้อยละ 10-14.5	ร้อยละ 20-29	3	ร้อยละ 15-19.5	ร้อยละ 30-39	4	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	5
ผลงานการเอกซเรย์		คะแนน																							
รอบที่ 1	รอบที่ 2																								
น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 10	1																							
ร้อยละ 5-9.5	ร้อยละ 10-19	2																							
ร้อยละ 10-14.5	ร้อยละ 20-29	3																							
ร้อยละ 15-19.5	ร้อยละ 30-39	4																							
ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	5																							
3	3.1 ผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ทุกรายมีรายชื่อผู้รับผิดชอบในการติดตามดูแลรักษา 3.2 มีทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันโรคอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3.3 มีรายงานการประชุมติดตามการดำเนินงานยุติวันโรคในการประชุมคณะกรรมการบริหารระดับอำเภอ หรือการประชุมคณะกรรมการวันโรคระดับอำเภอ หรือการประชุมคณะทำงาน Service Plan เดือนละ 1 ครั้ง				2 2 2 (ผ่านอย่างน้อย 5 คะแนน)																				

	<table><tr><td>4</td><td>4.1. โรงพยาบาลชุมชนต้องมีการทบทวน case dead (100%), case ขาดยา (50%), case คื้อยา (50%) 4.2 โรงพยาบาลจังหวัด ต้องมีการทบทวน case dead (20%), case ขาดยา(10%), case คื้อยา (10%) *** โดยในการทบทวนต้องได้สาเหตุปัญหาและแนวทางการป้องกัน พร้อมทั้งทั้งนำแนวทางป้องกันที่ได้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยรายอื่นต่อไป พื้นที่ต้องสรุปเป็นเอกสารส่งให้จังหวัดภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดอุบัติการณ์</td><td>3 3 (ผ่านอย่างน้อย 2 คะแนนตามระดับโรงพยาบาล)</td></tr><tr><td>5</td><td>5.1. เหมือน 4.1 แต่ case ขาดยาและคื้อยาเพิ่มขึ้นเป็น 100% 5.2 เหมือน 4.2 แต่ case ขาดยาและคื้อยาเพิ่มขึ้นเป็น 20% *** เช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 4</td><td>3 3 (ผ่านอย่างน้อย 2 คะแนนตามระดับโรงพยาบาล)</td></tr></table>	4	4.1. โรงพยาบาลชุมชนต้องมีการทบทวน case dead (100%), case ขาดยา (50%), case คื้อยา (50%) 4.2 โรงพยาบาลจังหวัด ต้องมีการทบทวน case dead (20%), case ขาดยา(10%), case คื้อยา (10%) *** โดยในการทบทวนต้องได้สาเหตุปัญหาและแนวทางการป้องกัน พร้อมทั้งทั้งนำแนวทางป้องกันที่ได้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยรายอื่นต่อไป พื้นที่ต้องสรุปเป็นเอกสารส่งให้จังหวัดภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดอุบัติการณ์	3 3 (ผ่านอย่างน้อย 2 คะแนนตามระดับโรงพยาบาล)	5	5.1. เหมือน 4.1 แต่ case ขาดยาและคื้อยาเพิ่มขึ้นเป็น 100% 5.2 เหมือน 4.2 แต่ case ขาดยาและคื้อยาเพิ่มขึ้นเป็น 20% *** เช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 4	3 3 (ผ่านอย่างน้อย 2 คะแนนตามระดับโรงพยาบาล)																																																																	
4	4.1. โรงพยาบาลชุมชนต้องมีการทบทวน case dead (100%), case ขาดยา (50%), case คื้อยา (50%) 4.2 โรงพยาบาลจังหวัด ต้องมีการทบทวน case dead (20%), case ขาดยา(10%), case คื้อยา (10%) *** โดยในการทบทวนต้องได้สาเหตุปัญหาและแนวทางการป้องกัน พร้อมทั้งทั้งนำแนวทางป้องกันที่ได้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยรายอื่นต่อไป พื้นที่ต้องสรุปเป็นเอกสารส่งให้จังหวัดภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดอุบัติการณ์	3 3 (ผ่านอย่างน้อย 2 คะแนนตามระดับโรงพยาบาล)																																																																						
5	5.1. เหมือน 4.1 แต่ case ขาดยาและคื้อยาเพิ่มขึ้นเป็น 100% 5.2 เหมือน 4.2 แต่ case ขาดยาและคื้อยาเพิ่มขึ้นเป็น 20% *** เช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 4	3 3 (ผ่านอย่างน้อย 2 คะแนนตามระดับโรงพยาบาล)																																																																						
	รอบที่ 1 และ รอบที่ 2 1. ประเมินทั้ง 5 ขั้นตอน 2. ขั้นตอนใดที่ประเมินไม่ผ่าน จะไม่ประเมินขั้นตอนต่อไป																																																																							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)</th></tr><tr><th>ขั้นตอนที่ 1</th><th>ขั้นตอนที่ 2</th><th>ขั้นตอนที่ 3</th><th>ขั้นตอนที่ 4</th><th>ขั้นตอนที่ 5</th></tr><tr><td>1</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr></table> ขั้นตอน/รายละเอียด มีดังนี้ <table><tr><th>ขั้นตอนที่</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>ระดับคะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>1.1 มีแผนงาน/โครงการยุติวัณโรค 1.2 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค การคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และการติดตามกำกับกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค</td><td>1 1</td></tr><tr><td>2</td><td>2.1 มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล พร้อมรายชื่อผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายบุคคล</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>3.1 มีบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองวัณโรคเป็นรายหมู่บ้าน</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>4.1 ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยสัมภาษณ์อาการสงสัยวัณโรค อย่างน้อยร้อยละ 80</td><td>5 (ผ่านอย่างน้อย 3 คะแนน)</td></tr><tr><td>5</td><td>5.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกราย ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) อย่างน้อยร้อยละ 80 <table><tr><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>ร้อยละ 60-64</td><td>1</td></tr><tr><td>ร้อยละ 65-69</td><td>2</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70-74</td><td>3</td></tr><tr><td>ร้อยละ 75-79</td><td>4</td></tr><tr><td>ร้อยละ ≥80</td><td>5</td></tr></table></td><td>5 (ผ่านอย่างน้อย 3 คะแนน)</td></tr></table>	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)					ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	1	/					2	/	/				3	/	/	/			4	/	/	/	/		5	/	/	/	/	/	ขั้นตอนที่	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	1	1.1 มีแผนงาน/โครงการยุติวัณโรค 1.2 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค การคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และการติดตามกำกับกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค	1 1	2	2.1 มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล พร้อมรายชื่อผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายบุคคล	1	3	3.1 มีบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองวัณโรคเป็นรายหมู่บ้าน	1	4	4.1 ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยสัมภาษณ์อาการสงสัยวัณโรค อย่างน้อยร้อยละ 80	5 (ผ่านอย่างน้อย 3 คะแนน)	5	5.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกราย ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) อย่างน้อยร้อยละ 80 <table><tr><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>ร้อยละ 60-64</td><td>1</td></tr><tr><td>ร้อยละ 65-69</td><td>2</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70-74</td><td>3</td></tr><tr><td>ร้อยละ 75-79</td><td>4</td></tr><tr><td>ร้อยละ ≥80</td><td>5</td></tr></table>	ผลการดำเนินงาน	คะแนน	ร้อยละ 60-64	1	ร้อยละ 65-69	2	ร้อยละ 70-74	3	ร้อยละ 75-79	4	ร้อยละ ≥80	5	5 (ผ่านอย่างน้อย 3 คะแนน)
ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)																																																																							
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																																																			
1	/																																																																							
2	/	/																																																																						
3	/	/	/																																																																					
4	/	/	/	/																																																																				
5	/	/	/	/	/																																																																			
ขั้นตอนที่	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน																																																																						
1	1.1 มีแผนงาน/โครงการยุติวัณโรค 1.2 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค การคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และการติดตามกำกับกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค	1 1																																																																						
2	2.1 มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล พร้อมรายชื่อผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายบุคคล	1																																																																						
3	3.1 มีบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองวัณโรคเป็นรายหมู่บ้าน	1																																																																						
4	4.1 ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยสัมภาษณ์อาการสงสัยวัณโรค อย่างน้อยร้อยละ 80	5 (ผ่านอย่างน้อย 3 คะแนน)																																																																						
5	5.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกราย ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) อย่างน้อยร้อยละ 80 <table><tr><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>ร้อยละ 60-64</td><td>1</td></tr><tr><td>ร้อยละ 65-69</td><td>2</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70-74</td><td>3</td></tr><tr><td>ร้อยละ 75-79</td><td>4</td></tr><tr><td>ร้อยละ ≥80</td><td>5</td></tr></table>	ผลการดำเนินงาน	คะแนน	ร้อยละ 60-64	1	ร้อยละ 65-69	2	ร้อยละ 70-74	3	ร้อยละ 75-79	4	ร้อยละ ≥80	5	5 (ผ่านอย่างน้อย 3 คะแนน)																																																										
ผลการดำเนินงาน	คะแนน																																																																							
ร้อยละ 60-64	1																																																																							
ร้อยละ 65-69	2																																																																							
ร้อยละ 70-74	3																																																																							
ร้อยละ 75-79	4																																																																							
ร้อยละ ≥80	5																																																																							

	รอบที่ 1 และ รอบที่ 2 1. ประเมินทั้ง 5 ขั้นตอน 2. ขั้นตอนใดที่ประเมินไม่ผ่าน จะไม่ประเมินขั้นตอนต่อไป				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	อัตราการสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	ร้อยละ	78.44	82.35	81.95
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	78	62	79.48
	2	ท่าบ่อ	13	10	76.90
	3	โพนพิสัย	12	12	100
	4	ศรีเชียงใหม่	8	5	62.50
	5	สังคม	5	5	100
	6	สระใคร	2	2	100
	7	เผ่าไร่	7	7	100
	8	รัตนวาปี	5	4	80
	9	โพธิ์ตาก	1	0	0
	10	พิสัยเวหา	2	2	100
		รวม	133	109	81.95
	เอกสารอ้างอิง ระดับจังหวัด	1. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 2. โปรแกรม NTIP			
เอกสารอ้างอิง ระดับ คปสอ.	1. คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานยุติปัญหาวัณโรคทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคระดับอำเภอ หรือคณะทำงาน Service Plan 2. รายงานข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคระดับอำเภอ 3. แผนงาน/โครงการยุติวัณโรคระดับอำเภอ 4. บัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงในการคัดกรองวัณโรคเป็นราย รพ.สต 5. ทะเบียนชั้นสูตร/รายงานจากโปรแกรม NTIP 6. รายงานการประชุมฯ 7. รายงานการทบทวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต /การขาดยา/การดื้อยา				
เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต	1. แผนงาน/โครงการยุติวัณโรค 2. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคราย รพ.สต พร้อมรายชื่อผู้ดูแลเป็นรายบุคคล 3. ทะเบียนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองวัณโรค 4. ภาพกิจกรรมการอบรมวัณโรคให้กับ อสม./การคัดกรองวัณโรค/การทำ DOT/การเยี่ยมบ้าน 5. โปรแกรม NTIP				
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 13/13/-	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่คาดประมาณ (156/แสนประชากร) เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณ โดยคำนวณจากอุบัติการณ์ของวัณโรคของประเทศไทยปี 2560 เท่ากับ 156 ต่อแสนประชากร กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายเพื่อพิจารณาค้นหาเชิงรุก โดยการคัดกรอง (TB Screening) ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและนำเข้าสู่การวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว (Early diagnosis and treatment) 1.กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค : ผู้สัมผัสใกล้ชิด และผู้สัมผัสร่วมบ้าน กับผู้ป่วยวัณโรคปอด ย้อนหลัง 3 ปี 2. กลุ่มที่มีโรคร่วม 2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากพบภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติหรือมีอาการสงสัย ควรส่งตรวจเสมหะทางกล้องจุลทรรศน์ (AFB Smear) การตรวจทางอณูชีววิทยา (Molecular Testing) และการเพาะเชื้อ (Culture) 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ตามรายชื่อที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ใน HDC) ควรคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2.3 ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน (DM) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ไตวายเรื้อรัง (CKD) ควรคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3. กลุ่มประชากรเสี่ยง 3.1 ผู้ต้องขังในเรือนจำ ควรคัดกรองแรกรับด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และควรตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละครั้ง 3.2 บุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ทุกระดับในสถานพยาบาลที่จัดบริการผู้ป่วย ควรตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละครั้ง 3.3 แรงงานต่างชาติ ควรตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจากการตรวจสุขภาพก่อนขึ้นทะเบียนและการตรวจประจำปี ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียน 1. ประเมินจากผลการคัดกรองวัณโรคตามบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม 2. ประเมินผลจากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในโปรแกรม NTIP 3. ผลการประเมินเปรียบเทียบกับผลงานการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคจากปี 2562 ที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค 2. กลุ่มที่มีโรคร่วม 2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 2.3 ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน (DM) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ไตวายเรื้อรัง (CKD) 3. กลุ่มประชากรเสี่ยง 3.1 ผู้ต้องขังในเรือนจำ 3.2 บุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ทุกระดับในสถานพยาบาลที่จัดบริการผู้ป่วย 3.3 แรงงานต่างชาติ
เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 เปรียบเทียบรายงานการขึ้นทะเบียนในปี 2562

วิธีการประเมิน	1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB07) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)																																																																								
	2. บัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงและจำนวนที่ได้รับการคัดกรองวัณโรค																																																																								
	3. รายงานการคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่บันทึกในโปรแกรม NTIP																																																																								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562–กุมภาพันธ์ 2563																																																																								
	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562–กรกฎาคม 2563																																																																								
ระดับ	จังหวัด/คปสอ. เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10																																																																								
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ตรวจพบและขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้																																																																								
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่คาดประมาณการตรวจพบ 156 ต่อแสนประชากรในปี 2563																																																																								
สูตรคำนวณ	ร้อยละการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา = A/B x 100																																																																								
รายการข้อมูล 3	C : ร้อยละผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาปี 2563																																																																								
รายการข้อมูล 4	D : ร้อยละผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาปี 2562																																																																								
สูตรคำนวณ	ร้อยละครอบคลุมเพิ่มขึ้น = (C-D)/D x 100																																																																								
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น <ร้อยละ 4</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น <ร้อยละ 4				2	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4				3	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6				4	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8				5	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10																																									
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																								
1	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น <ร้อยละ 4																																																																								
2	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4																																																																								
3	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6																																																																								
4	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8																																																																								
5	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10																																																																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td></tr><tr><td>ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุม</td><td>ร้อยละ</td><td>60.83</td><td>63.81</td><td>67.48</td></tr></table> ผลการดำเนินงานตามการขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 <table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>259</td><td>338</td><td>130.50</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>143</td><td>109</td><td>33.50</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>170</td><td>57</td><td>37.62</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>53</td><td>20</td><td>50.44</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>44</td><td>22</td><td>76.46</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>46</td><td>19</td><td>41.12</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ้าไร่</td><td>90</td><td>29</td><td>11.39</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>67</td><td>10</td><td>32.23</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>26</td><td>3</td><td>15.01</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>898</td><td>607</td><td>67.59</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุม	ร้อยละ	60.83	63.81	67.48	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	เมืองหนองคาย	259	338	130.50	2	ท่าบ่อ	143	109	33.50	3	โพนพิสัย	170	57	37.62	4	ศรีเชียงใหม่	53	20	50.44	5	สังคม	44	22	76.46	6	สระใคร	46	19	41.12	7	เผ้าไร่	90	29	11.39	8	รัตนวาปี	67	10	32.23	9	โพธิ์ตาก	26	3	15.01		รวม	898	607	67.59
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																							
		2560	2561	2562																																																																					
ผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาครอบคลุม	ร้อยละ	60.83	63.81	67.48																																																																					
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																																					
1	เมืองหนองคาย	259	338	130.50																																																																					
2	ท่าบ่อ	143	109	33.50																																																																					
3	โพนพิสัย	170	57	37.62																																																																					
4	ศรีเชียงใหม่	53	20	50.44																																																																					
5	สังคม	44	22	76.46																																																																					
6	สระใคร	46	19	41.12																																																																					
7	เผ้าไร่	90	29	11.39																																																																					
8	รัตนวาปี	67	10	32.23																																																																					
9	โพธิ์ตาก	26	3	15.01																																																																					
	รวม	898	607	67.59																																																																					

	ผลการดำเนินงานตามการขึ้นทะเบียนตามภูมิรณาลำเนาผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	259	226	87.12
	2	ท่าบ่อ	143	97	68.04
	3	โพนพิสัย	170	86	50.55
	4	ศรีเชียงใหม่	53	23	43.27
	5	สังคม	44	25	57.32
	6	สระใคร	46	31	67.10
	7	เผ่าไร่	90	49	54.46
	8	รัตนวาปี	67	21	31.52
	9	โพธิ์ตาก	26	7	26.57
		รวม	898	565	62.92
	เป้าหมายการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (156/แสน ปชก.)	ผลงาน ปี 2562	เป้าหมายปี 2563 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากปี 2562
	1	หนองคาย	235	226	248
	2	ท่าบ่อ	129	97	107
	3	โพนพิสัย	154	86	95
	4	ศรีเชียงใหม่	48	23	25
	5	สังคม	40	25	28
	6	สระใคร	42	31	34
	7	เผ่าไร่	82	49	54
	8	รัตนวาปี	60	21	23
	9	โพธิ์ตาก	24	7	8
		รวม	814	565	622
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 2. รายงานการคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง 3. รายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP				
ผู้รับผิดชอบ	นายทณ เดียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 14/14/9	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีผล Smear เป็นพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา 2. การกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.เป็นผู้กำกับการกินยาผู้ป่วยต่อหน้าทุกวัน																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีผล Smear เป็นพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา																	
เป้าหมาย	ร้อยละ 80																	
วิธีการประเมิน	1. รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP) 2. การสุ่มติดตามการกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. 2.1 สุ่มจากผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาวัณโรค ไม่เกิน 2 เดือน จำนวนอย่างน้อย 2 ราย 2.2 ผู้ป่วยมีเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. กำกับดูแลการกินยาต่อหน้าทุกวัน 2.3 มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยและมีการบันทึกการกำกับกับการกินยา เป็นปัจจุบัน 2.4 มีการจัดยาให้ผู้ป่วยแบบซองละ 1 วัน และนับ/ตรวจสอบยาที่เหลือ 2.5 สอบถาม/ทดสอบ สปีสสาวะผู้ป่วย																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562-ธันวาคม 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562-กรกฎาคม 2563																	
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.																	
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน																	
สูตรคำนวณ	A / B X 100																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.ระดับ รพ.สต	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 65</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 80</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 60	2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 65	3	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 70	4	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 75	5	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 80	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 60																	
2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 65																	
3	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 70																	
4	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 75																	
5	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ร้อยละ 80																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.</td><td>ร้อยละ</td><td>82.35</td><td>81.95</td><td>84.70</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.	ร้อยละ	82.35	81.95	84.70
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2560	2561	2562														
อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.	ร้อยละ	82.35	81.95	84.70														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	138	134	97.10
	2	ท่าบ่อ	75	75	100
	3	โพนพิสัย	42	30	71.42
	4	ศรีเชียงใหม่	13	1	7.69
	5	สังคม	11	11	100
	6	สระใคร	18	18	100
	7	เผ่าไร่	22	9	0
	8	รัตนวาปี	7	4	57.14
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100
	10	พิสัยเวหา	9	2	22.22
	รวม		327	277	84.70
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคราย รพ.สต. พร้อมรายชื่อผู้ดูแลเป็นรายบุคคล 2. ภาพกิจกรรมการกำกับการกินยา 3. โปรแกรม NTIP				
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 15/-/-	ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต และคลอร์ไพริฟอส การขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงในระดับส่วนภูมิภาค หมายถึง การดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการเพื่อยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรร่วมกันในระดับจังหวัด ผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรในระดับจังหวัด
เป้าหมาย	คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
วิธีการประเมิน	ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1. จังหวัดจัดประชุมชี้แจง ถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 2. จัดทำคำสั่ง เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด 3. มีการกำหนดประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของจังหวัด และคัดเลือกประเด็นเพื่อกำหนดมาตรการระดับจังหวัด 4. มีการจัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของจังหวัด และจัดทำแผนขับเคลื่อนมาตรการฯ 5. มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนมาตรการฯ และสรุปรายงานผลการดำเนินงาน 6. มีการจัดทำรายงานข้อมูลสถานการณ์หรือมีการนำเสนอนโยบายผ่านคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด 7. จังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 1 เรื่อง การประเมิน รอบที่ 1 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-5 รอบที่ 2 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-7
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563
ระดับจังหวัด	จังหวัด ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด
รายการข้อมูล 1	A : จังหวัด ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B : จังหวัด ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด	รอบที่ 1 (ต.ค.62 – ก.พ.63)				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1			
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-2			
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-3			
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-4			
	5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-5			
	รอบที่ 2 (ต.ค.62 – ก.ค.63)				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-3			
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-4			
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-5			
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-6			
	5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-7			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ	
				2561	2562
					2563
	ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการ ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค		ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563	
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือการจัดตั้ง และแนวทางการคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ สำหรับระดับจังหวัด และ กทม.				
	2. คู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่สำหรับการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/381				
	3. คู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/126				
	4. คู่มือแรงงานนอกระบบ ปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ (กลุ่มอาชีพเกษตรกร) http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/371				
ผู้รับผิดชอบ	1. นายไชยวุฒิ ชัยชมภู			โทร. 08 7425 6625	
	2. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์			โทร 08 6630 9111	
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 103	

ตัวชี้วัดที่ 16/15/10	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	Mobile Application หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่สำหรับ อสม. ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนที่ คลินิกสารเคมีเกษตร หมายถึง คลินิกสุขภาพเกษตรกร หรือ คลินิกการจัดบริการ อาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีอยู่เดิม และดำเนินการอยู่แล้ว หรือสามารถจัดตั้งขึ้นมาใหม่ได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท., รพช., รพ.พิสัยเวช, รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมือง)
เป้าหมาย	จังหวัด/คปสอ. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 100 รพ.สต. ผ่านระดับคะแนน 5
วิธีการประเมิน	ทีมจังหวัดตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1. ได้รับการชี้แจง ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานสำรวจการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 2. มีการแนะนำให้คำปรึกษา ติดตามการดำเนินงานของ อสม. ในการใช้ Mobile Application 3. มีการสำรวจการใช้สารเคมีฯ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2563 โดย อสม. 4. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จากการสำรวจและจากคลินิกสารเคมีเกษตร เพื่อจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานรายงานสถานการณ์การใช้สารเคมี จากการสำรวจครั้งที่ 1 ส่ง สสอ. รวบรวมเป็นภาพรวมอำเภอส่ง สสจ. 5. มีการกำหนดประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงของตำบล อำเภอ และคัดเลือกประเด็นเพื่อกำหนดมาตรการระดับตำบล อำเภอ 6. มีการนำข้อมูลการสำรวจที่ได้เสนอต่อที่ประชุมในระดับตำบล อำเภอ เพื่อขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีฯ ในระดับตำบล อำเภอ 7. มีการนำข้อมูลไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้านเกษตรกรรม 8. มีการสำรวจการใช้สารเคมีฯ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2563 โดย อสม. 9. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จากการสำรวจและจากคลินิกสารเคมีเกษตร เพื่อจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานรายงานสถานการณ์การใช้สารเคมี จากการสำรวจครั้งที่ 2 ส่ง สสอ. รวบรวมเป็นภาพรวมอำเภอส่ง สสจ. 10. มีการนำข้อมูลสถานการณ์ฯ ไปขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีฯ ในระดับตำบล อำเภอ 11. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงานในรอบ 9 เดือน 12. มีการจัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแนวทางการสำรวจการใช้สารเคมีฯ ของตำบล อำเภอ 13. มีรายงานผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน ประเด็นจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าวการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3 ชนิด การประเมิน รอบที่ 1 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-7 รอบที่ 2 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-13
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563
ระดับจังหวัด/คปสอ.	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 60				
	2	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 70				
	3	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 80				
	4	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 90				
	5	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 100				
	เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพท.รพช. รพ.พิจัยเวช, รพ.สต. ศบส.ท.เมือง	รอบที่ 1 (ต.ค.62 – ก.พ.63)				
ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน				
1		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-3				
2		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-4				
3		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-5				
4		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-6				
5		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-7				
รอบที่ 2 (ต.ค.62 – ก.ค.63)						
ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน				
1		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-9				
2		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-10				
3		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-11				
4		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-12				
5		มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-13				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพรีฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)		ร้อยละ	2561	2562	2563
				ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563		
เอกสารอ้างอิง	แนวทางการสำรวจการใช้สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพรีฟอส ไกลโฟเสต)					
ผู้รับผิดชอบ	1. นายไชยวุฒิ ชัยชมภู			โทร. 08 7425 6625		
	2. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ			โทร 08 6630 9111		
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 103		

ตัวชี้วัดที่ 17/16/11	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม หมายถึง กระบวนการรวบรวมหรือสำรวจข้อมูลสถานการณ์ ทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านเกษตรกรรม โดยการรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้สารเคมีทางการเกษตร และข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และจัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลสถานการณ์ สำหรับใช้ในการวางแผนและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน มีทั้งหมด 5 ชุดข้อมูล ประกอบด้วย 1.ข้อมูลทั่วไป 2.ข้อมูลเกษตรกรรม 3.ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง 4.ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยง 5.ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3 ชนิด หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเสต และ คลอร์ไพริฟอส เกษตรกรรม หมายถึง อาชีพเพาะปลูกพืชต่างๆ ที่อาจจะมีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ได้แก่ การทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น การรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60) หมายถึง เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ รายงานผู้ป่วยจากพิษสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD10 TM Code T60.0, T60.1, T60.2, T60.3, T60.4, T60.8, T60.9 ซึ่งไม่รวมการตั้งใจทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย (ICD10 TM สาเหตุภายนอก คือ X68)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (รพท.รพช.รพ.พิสัยเวช รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมือง) สสอ.
เป้าหมาย	จังหวัด/คสปอ. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 100 รพ.สต. ผ่านระดับคะแนน 5
วิธีการประเมิน	ทีมจังหวัดตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1. มีการสำรวจข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรมตามแบบฟอร์ม OEHP Table Kaset จากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมให้ครบทั้ง 5 ชุดข้อมูล ส่งให้ สสจ.หนองคาย ภายในวันที่ 11 ธ.ค.62 2. มีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม 3. มีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางทาง (รหัสโรค T60) 4. มีการสอบสวนโรค กรณี การเจ็บป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือ เสียชีวิตตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป 5. มีการรวบรวมและวิเคราะห์การรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางทาง (รหัสโรค T60) 6. มีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเคมีทางการเกษตรและผลกระทบต่อสุขภาพ 7. มีการจัดทำรายงานฐานข้อมูล OEHP ด้านการเกษตร ฉบับสมบูรณ์ในระดับตำบล อำเภอ ส่งให้จังหวัด 8. มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการจัดทำ OEHP ด้านการเกษตรกรรมและรายงาน T60 ในรอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน เสนอผู้บริหารในทุกระดับ การประเมิน รอบที่ 1 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-5 รอบที่ 2 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-8
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563

ระดับจังหวัด/คปสอ.	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด				
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 60			
	2	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 70			
	3	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 80			
	4	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 90			
	5	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพท.รพช. รพ.พิสัยเวช, รพ.สต. คปส.ท.เมือง	รอบที่ 1 (ต.ค.62 – ก.พ.63)				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1			
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-2			
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-3			
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-4			
	5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-5			
	รอบที่ 2 (ต.ค.62 – ก.ค.63)				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-4			
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-5			
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-6			
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-7			
5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-8				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดทำ ฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563		
เอกสารอ้างอิง	1.ไฟล์ชุดข้อมูลสถิติพื้นฐานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile: OEHP) ด้านเกษตรกรรม และแบบรายงานสถานการณ์ สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ : http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp				

	2. แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพพิเศษเชิงอุตสาหกรรม ปีงบประมาณ 2562 พร้อมแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งตัวอย่างการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environment Health Profile : OEHP) ของจังหวัดที่ได้มีการดำเนินการจัดทำ และพัฒนาแล้ว พร้อมทั้งเอกสารสนับสนุนการจัดทำ OEHP สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจากลิงค์ : http://envocc.ddc.moph.go.th/p/oehp 3. คู่มือ “การลงรหัส ICD-10 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม” สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้จากหน้าเว็บไซต์ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จากลิงค์ : http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/537	
ผู้รับผิดชอบ	1. นายไชยวุฒิ ชัยชมภู	โทร. 08 7425 6625
	2. นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์	โทร 08 6630 9111
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 103

ข้อมูลสถิติพื้นฐานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม : ด้านเกษตรกรรม		
ลำดับที่	รายการข้อมูล	แหล่งข้อมูล
1	ข้อมูลทั่วไป	สำนักงานสถิติแห่งชาติ / รายงานจากสำนักงานจังหวัด / ระบบฐานข้อมูลทะเบียนเกษตรกรกลาง กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
2	ข้อมูลเกษตรกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	สำนักงานสถิติแห่งชาติ / กรมวิชาการเกษตร / สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
3	ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสารเคมี)	สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร / สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ / สำนักงานเกษตรอำเภอ
4	ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / ข้อมูลจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
5	ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ด้านเกษตรกรรม	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ / ข้อมูลจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ : ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถเลือกและพิจารณาข้อมูลที่น่าสนใจในตารางเพิ่มเติมได้ตามบริบทของพื้นที่ โดยอย่างน้อยต้องเติมข้อมูลให้ครบถ้วนตามหัวข้อในตารางชุดข้อมูลที่ 1 - 5		

1. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัด.....											
คำอธิบาย :											
1. เกษตรกร หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพเพาะปลูกพืชต่างๆ เช่น การทำไร่ ทำนา ทำสวน (ยกเว้นการทำปศุสัตว์ และการทำประมง)											
2. ประชากรทั่วไปในพื้นที่ หมายถึง											
1) ผู้ที่สัมผัสกับสารเคมีที่ใช้ในการทำการเกษตรทุกชนิด											
2) ผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ทำการเกษตรที่มีการใช้สารเคมี (รัศมี 1 กิโลเมตร)											
3) ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับเกษตรกรที่ใช้สารเคมีที่ใช้ในการทำการเกษตรทุกชนิด											
4) การแบ่งกลุ่มประชากรเด็ก แบ่งตามช่วงอายุฐานข้อมูลประชากร											
ลำดับ	อำเภอ (ระบุ)	จำนวนประชากรทั้งหมด (คน)	ประชากร (กลุ่มเกษตรกร)					ประชากรทั่วไปในพื้นที่			
			ชาวไร่นา (คน)	อ้อย (คน)	มันสำปะหลัง (คน)	ยางพารา (คน)	ทำนา (คน)	อื่นๆ (คน)	หญิงตั้งครรภ์ (คน)	แรกเกิด - 1 ปี (คน)	มากกว่า 1 - 5 ปี (คน)

2. ข้อมูลเกษตรกรและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ของจังหวัด.....							
คำอธิบาย : 1. พื้นที่การปลูกพืชสำคัญ หมายถึง พื้นที่การเพาะปลูกพืชรายชนิด จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2563 กรณีปลูกพืชอื่นๆ หมายถึง พืชที่นอกเหนือ							
2. พื้นที่การทำนา หมายถึง พื้นที่การทำนาปี นาปรัง และการปลูกข้าวทุกชนิด จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2563							
ลำดับ	อำเภอ (ระบุ)	ข้อมูลการปลูกพืชสำคัญ					พื้นที่การทำนา (ไร่)
		ข้าวโพด (ไร่)	อ้อย (ไร่)	มันสำปะหลัง (ไร่)	ยางพารา (ไร่)	อื่นๆ (ระบุ) (ไร่)	

3. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสารเคมี) ของจังหวัด.....			
คำอธิบาย : เติมข้อมูลรายชื่อ และปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีการใช้สูงสุด 10 อันดับ จำแนกปริมาณการใช้รายอำเภอ ปี พ.ศ.2563			
ลำดับ	อำเภอ (ระบุ)	รายชื่อสารเคมี (ชื่อการค้า หรือชื่อสามัญ)	ปริมาณการใช้ (กิโลกรัม หรือลิตร/ปี)

4. ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ของจังหวัด.....										
คำอธิบาย : กรอกข้อมูลผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตามแบบ นบก 1-56 และผลการคัดกรองความเสี่ยงด้วยกระดาษ Reactive paper										
จำแนกแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2563										
ลำดับ	อำเภอ (ระบุ)	ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตามแบบ นบก 1-56					ผลการคัดกรองความเสี่ยงด้วยกระดาษ Reactive paper			
		เสี่ยงต่ำ (ราย)	เสี่ยงปานกลาง (ราย)	เสี่ยงค่อนข้างสูง (ราย)	เสี่ยงสูง (ราย)	เสี่ยงสูงมาก (ราย)	ปกติ (ราย)	ปลอดภัย (ราย)	มีความเสี่ยง (ราย)	ไม่ปลอดภัย (ราย)

5. ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ด้านเกษตรกร ของจังหวัด.....									
คำอธิบาย : 1. การเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช (T60) หมายถึง การวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD10 TM Code T60.0, T60.1, T60.2, T60.3, T60.4, T60.8, T60.9 ซึ่งไม่รวมการตั้งใจทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย (ICD10 TM สาเหตุภายนอก คือ X68) จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2563									
2. ข้อมูลการสอบสวนโรค หมายถึง จำนวนเหตุการณ์ที่มีรายงานการสอบสวนโรค กรณีโรคที่เกี่ยวข้องกับพิษสารกำจัดศัตรูพืช จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2563									
ลำดับ	อำเภอ (ระบุ)	การเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช (T60)							ข้อมูลการสอบสวนโรค
		T60.0 (ราย)	T60.1 (ราย)	T60.2 (ราย)	T60.3 (ราย)	T60.4 (ราย)	T60.8 (ราย)	T60.9 (ราย)	จำนวน (เหตุการณ์)

ตัวชี้วัดที่ 18/17/12	ระดับจังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ชั้นที่ 2 และ ชั้นที่ 3 ระดับ รพ.สต. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU PCU																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำนิยาม	RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูง กว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./ รพท./ รพช.)/โรงพยาบาลสังกัดกรม การแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/ โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น RDU community หมายถึงการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับระดับตำบล/แขวง หรือระดับอำเภอ/เขต ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้ RDU ชั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table><tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr><tr><td>1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td><td rowspan="5">จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr><tr><td>2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td></tr><tr><td>3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</td></tr><tr><td>4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td></tr><tr><td>5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</td></tr></table> RDU ชั้นที่ 2 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table><tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr><tr><td>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1</td><td rowspan="5">จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %</td></tr><tr><td>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่อง คลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤30% และ รพช.≤ 20%, AD ≤20%, FTW ≤50%, APL ≤15%)</td></tr><tr><td>3. การใช้ยา NSAIDsผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10</td></tr><tr><td>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไต ทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</td></tr><tr><td>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</td></tr></table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ	4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %	2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่อง คลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤30% และ รพช.≤ 20%, AD ≤20%, FTW ≤50%, APL ≤15%)	3. การใช้ยา NSAIDsผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10	4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไต ทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5	5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)																
1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค																
2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3																	
3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ																	
4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3																	
5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3																	
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)																
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %																
2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่อง คลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤30% และ รพช.≤ 20%, AD ≤20%, FTW ≤50%, APL ≤15%)																	
3. การใช้ยา NSAIDsผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10																	
4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไต ทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5																	
5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)																	

	RDU ขั้นที่ 3 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้		
	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	
	1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI ≤20%, AD ≤20%, FTW ≤40%, APL ≤10%)	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	
	RDU ขั้นที่ 3+ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้		
	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	RDU community (R3)
	1. ผลการดำเนินงานผ่านตาม ตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตาม เกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพ ปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็น ตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับ เครือข่าย รพ. หรือเฉพาะ ระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็น ปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค	ร้อยละอำเภอ/เขตภายใต้การจัดการของ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง มีการ ดำเนินการอย่างน้อย 1 ตำบล/ แขวงใน อำเภอ/ เขต) ดังนี้ 1. ออกแบบระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิเพื่อส่งเสริม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในชุมชน ภายใต้ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 2. ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เพื่อให้ประชาชน มีความรอบรู้ในการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างสมเหตุผลรวมถึงสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยได้ โดยมีแนวทางการดำเนินการ เช่น 2.1 การเฝ้าระวัง ความปลอดภัยด้านยา (active-passive surveillance) 2.2 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (RDU in private sectors) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก ฯลฯ 2.3 การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา (RDU literacy) และการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย 2.4 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participations)
	(2) AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล 5 กิจกรรมสำคัญ โดยการ ประเมินตนเอง (self assessment) ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง (ธันวาคม 2561 และ มิถุนายน 2562) download แบบประเมินตนเองได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งใน จ.หนองคาย AMR : โรงพยาบาลหนองคาย		
เป้าหมายรอบที่ 1	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลทั้งหมด รพ. RDU ขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลทั้งหมด หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate		

	ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ขั้นที่ 2 (ระดับคะแนนที่ 5) หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ระดับ รพ.สต. : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20) ทั้ง 2 โรค (ระดับคะแนนที่ 5)		
เป้าหมาย รอบที่ 2	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลทั้งหมด รพ. RDU ขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลทั้งหมด หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ขั้นที่ 3 (ระดับคะแนนที่ 5) หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ระดับ รพ.สต. : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20) ทั้ง 2 โรค (ระดับคะแนนที่ 5)		
วิธีการประเมิน	1. การสำรวจและประเมินผล (RDU) 2. การสำรวจและการรายงาน (AMR) โดยติดตามผลทุก 3 เดือน และให้ส่งรายงานหลังสิ้นไตรมาส ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ไตรมาสที่ 1 ติดตามการเตรียมการระดับจังหวัด และมีข้อมูลพื้นฐานเป็น Baseline data ตามตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด ไตรมาสที่ 2 ติดตามกิจกรรมดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 2 ไตรมาสที่ 3 ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 3 ไตรมาสที่ 4 ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 4		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563-กรกฎาคม 2563		
ระดับจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ขั้นที่ 1/ขั้นที่ 2/ขั้นที่ 3		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณ RDU	ระดับจังหวัด : $(A/B) \times 100$		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด รอบที่ 1	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 20	
	2	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 30	
	3	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 40	
	4	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 50 และ RDU ขั้น 3 ร้อยละ 10	
	5	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 50 และ RDU ขั้น 3 ร้อยละ 15	
รอบที่ 2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 20	
	2	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 30	
	3	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 40	
	4	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 50 และ RDU ขั้น 3 ร้อยละ 10	
	5	รพ.ผ่าน RDU ขั้น 2 ร้อยละ 60 และ RDU ขั้น 3 ร้อยละ 20 และ มีการดำเนินการ RDU Community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ	

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ทุกตัวชี้วัด 2. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 2 อย่างน้อย 4 ตัวชี้วัด 3. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 3 อย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด 4. RDU รพ.สต. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มโรค มากกว่าร้อยละ 80
	2	1. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ทุกตัวชี้วัด 2. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 2 อย่างน้อย 5 ตัวชี้วัด 3. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 3 อย่างน้อย 3 ตัวชี้วัด 4. RDU รพ.สต. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มโรค มากกว่าร้อยละ 80
	3	1. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ทุกตัวชี้วัด 2. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 2 อย่างน้อย 6 ตัวชี้วัด 3. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 3 อย่างน้อย 4 ตัวชี้วัด 4. RDU รพ.สต. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มโรค มากกว่าร้อยละ 80 5. มีการดำเนินการ RDU Community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 อย่างน้อยอำเภอละ 1 รพ.สต. * โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ระดับ intermediate * โรงพยาบาลหนองคายมีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 5
	4	1. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ทุกตัวชี้วัด 2. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 2 ทุกตัวชี้วัด 3. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 3 อย่างน้อย 5 ตัวชี้วัด 4. RDU รพ.สต. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มโรค มากกว่าร้อยละ 80 5. มีการดำเนินการ RDU Community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 อย่างน้อยอำเภอละ 1 รพ.สต. * โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ระดับ intermediate * โรงพยาบาลหนองคายมีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 6
	5	1. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 ทุกตัวชี้วัด 2. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 2 ทุกตัวชี้วัด 3. บรรลุตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 3 ทุกตัวชี้วัด 4. RDU รพ.สต. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มโรค มากกว่าร้อยละ 80 5. มีการดำเนินการ RDU Community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 อย่างน้อยอำเภอละ 1 รพ.สต. * โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ระดับ intermediate * โรงพยาบาลหนองคายมีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 7.5
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 40 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 40
	2	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 35 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 35
	3	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 30 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 30
	4	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 25 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 25

	5	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ20 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยา อย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100	RDU ชั้นที่ 1 ร้อย ละ 100 RDU ชั้นที่ 2 ร้อย ละ 22.22	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 55.56 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 33.33
เอกสารอ้างอิง ระดับจังหวัด	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
เอกสารอ้างอิง ระดับ คปสอ.	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ และรายงานการประชุม 2. แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 5. รายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด 6. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 7. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)				
เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต.	1. แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 2. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 5. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)				
ผู้รับผิดชอบ	1. ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง 2. ภญ.ปิยะมาศ ปรีชาภูก 3. ภญ.เพ็ญพร ส่งเมือง 4. ภญ.มนสิชา บุรณะบุญดี			โทร. 081-8713114 โทร. 083-2906287 โทร. 084-0325650 โทร. 091-0639982	
	งานพัฒนางานเภสัชกรรมและระบบบริหารเวชภัณฑ์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129	

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
1	ร้อยละส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ $A \geq$ ร้อยละ 75 $S \geq$ ร้อยละ 80 $M1-M2 \geq$ ร้อยละ 85 $F1-F3 \geq$ ร้อยละ 90	
2	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PCT ในการขึ้นข้อสั่งการและส่งเสริม เพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	
3	การดำเนินการในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยา ใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา 13 กลุ่ม	
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของ	≤ 1 รายการ	

	โรงพยาบาล		
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ3	
6	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	รพศ./รพท. ≤ร้อยละ 30 รพช. ≤ร้อยละ 20	
7	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ร้อยละ 20	
8	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ร้อยละ 40	
9	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ร้อยละ 15	
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/1.73ตารางเมตร	≤ร้อยละ 5	
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา 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(ยกเว้นในกรณีที่ใช้ mechanical heart valve)	0	
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI)และได้รับยาต้านฮีสตามีนชนิด non-sedating	≤ร้อยละ 20	

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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
19	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	≤ร้อยละ20	
20	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20	≤ร้อยละ20	

ตัวชี้วัดที่ 19/18/13	ร้อยละ รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด คะแนนรวมร้อยละ 100 ดังนี้ หมวดที่ 1 หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี (25%) 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล 1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ 1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ 1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ติดดาว หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (15%) หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (10%) หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย (30%) 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ชุมชน (OTOP) 4.2 การบริการในสถานบริการ 4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุขทันตกรรม 4.4 การบริการแพทย์แผนไทยกายภาพบำบัด 4.5 การบริการในชุมชน 4.6 การจัดบริการเภสัชกรรมและ RDU และคปส. 4.7 การบริการในชุมชน 4.5 ระบบสนับสนุน IT IC LAB หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ (20%) 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self-Care) 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ เกณฑ์ให้คะแนน รพ.สต.ระดับ 3 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ $\geq 60-69$ รพ.สต.ระดับ 4 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ $\geq 70-79$ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 80 โดยคะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ทุกหมวด รอบที่ 1 รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมินรพ.สต.ติดดาว ตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ/จังหวัด รอบที่ 2 รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) ทั้งหมด รับรองโดยทีมจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต./ ศสม. / PCU ทุกแห่ง

เป้าหมาย	ระดับจังหวัด และ คปสอ. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว					
	รายละเอียด	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	Ac	23 แห่ง	31 แห่ง	31 แห่ง	-	-
	คงสภาพ	-	23 แห่ง	54 แห่ง	62 แห่ง	54 แห่ง
	Re-Ac	-	-	-	23 แห่ง	31 แห่ง
	รวม	23 แห่ง	54 แห่ง	85 แห่ง	85 แห่ง	85 แห่ง
	ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวด ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%)					
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 ทีมระดับอำเภอ ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 1/2563) รอบที่ 2 ประเมินรับรองระดับ 5 ดาวโดยทีมระดับจังหวัด (ช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2563) (ใช้ตอบตรวจราชการรอบที่ 2/2563) <u>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</u> 1. รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, 2. สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) 3. สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) 4. เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)					
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 ต.ค.62- ก.พ.63 รอบที่ 2 ต.ค.62- ก.ค.63					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต./ ศสม./PCU ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต./ศสม./PCU ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	รอบที่ 1 คปสอ. ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน ทุกแห่ง					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คปสอ. ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 5 แห่ง				
	2	คปสอ. ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 6 แห่ง				
	3	คปสอ. ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 7 แห่ง				
	4	คปสอ. ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 8 แห่ง				
	5	คปสอ. ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน 9 แห่ง				

	รอบที่ 2 รับรองโดยทีมจังหวัด/ทีมเขต (ตรวจราชการปีละ 2 ครั้ง)		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 60\%$	
	2	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 70\%$	
	3	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 80\%$	
	4	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 90\%$	
	5	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว 100%	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับอำเภอ	รอบที่ 1		
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน
	1	มีคำสั่งแต่งตั้งทีมประเมินและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ เพื่อพัฒนา รพ.สต./ศสม./PCUทุกแห่ง ครบทุกหมวด	1
	2	มี 1 และ รพ.สต./ศสม./PCU มีการประเมินตนเองทุกแห่ง	2
	3	มี 1,2 และ รพ.สต./ศสม./PCU มีการนำประเด็นโอกาสพัฒนามาจัดทำ แผนพัฒนาส่วนขาดหรือยกระดับการพัฒนาของ รพ.สต./ศสม./PCU ระดับตำบล ทุกแห่ง	3
	4	มี 1,2,3 และ รพ.สต./ศสม./PCU มีการพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนาและ แผนพัฒนาส่วนขาดหรือยกระดับการพัฒนาของ รพ.สต./ศสม./PCU ระดับตำบล ทุกแห่ง	4
	5	มี 1,2,3,4 และ รพ.สต.บันทึกข้อมูลทรัพยากรสุขภาพในโปรแกรม (http://gishealth.moph.go.th/pcu) ทุกแห่ง	5
	รอบที่ 2 รับรองโดยทีมจังหวัด/ทีมเขต (ตรวจราชการปีละ 2 ครั้ง)		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 60\%$	
	2	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 70\%$	
	3	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 80\%$	
	4	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว $\geq 90\%$	
	5	รพ.สต./ศสม./PCU ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี) ระดับ 5 ดาว 100%	

ระดับตำบล	รอบที่ 1		
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	1	มีคำสั่งแต่งตั้งทีมประเมินและทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ จาก คปสอ. เพื่อพัฒนา รพ.สต./ศสม./PCU ทุกแห่ง ครอบคลุม	1
	2	มี 1 และ รพ.สต./ศสม./PCU มีการประเมินตนเอง	2
	3	มี 1,2 และ รพ.สต./ศสม./PCU มีการนำประเด็นโอกาสพัฒนามาจัดทำ แผนพัฒนาส่วนขาดหรือยกระดับการพัฒนาของ รพ.สต./ศสม./PCU ระดับตำบล	3
	4	มี 1,2,3 และ รพ.สต./ศสม./PCU มีการพัฒนาตามประเด็นโอกาสพัฒนาและ แผนพัฒนาส่วนขาดหรือยกระดับการพัฒนาของ รพ.สต./ศสม./PCU ระดับตำบล	4
	5	มี 1,2,3,4 และ รพ.สต.บันทึกข้อมูลทรัพยากรสุขภาพในโปรแกรม (http://gishealth.moph.go.th/pcu)	5
	รอบที่ 2		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามคะแนนรวมร้อยละ < 50	
	2	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามคะแนนรวมร้อยละ $\geq 50-59$	
	3	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามคะแนนรวมร้อยละ $\geq 60-69$	
	4	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามคะแนนรวมร้อยละ $\geq 70-79$	
	5	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยคะแนนในแต่ละ หมวดมากกว่า 80% ขึ้นไป ทุกหมวด	

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
						2560	2561	2562
	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว				ร้อยละ	27.06	63.53	100
	หน่วยปฐมภูมิ ได้รับการรับรองคุณภาพระดับ 5 ดาวโดยทีมระดับเขต จ.หนองคาย ปี 2562							
	ลำดับ	อำเภอ	จำนวนตำบล	หน่วยปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU/ศสม) (แห่ง)	คงสภาพ 5 ดาว ปี 61-62	เป้าหมายปี 2563		หมายเหตุ
						รพ.สต.	PCU	
	1	เมือง	16	20	16	3	1	4
	2	ท่าบ่อ	10	11	8	2	1	3
	3	โพนพิสัย	11	16	12	3	1	4
	4	เผ้าไร่	5	8	6	2	-	2
5	รัตนวาปี	5	7	5	2	-	2	
6	ศรีเชียงใหม่	4	7	5	2	-	2	
7	สังคม	5	6	4	2	-	2	
8	สระใคร	3	4	3	1	-	1	
9	โพธิ์ตาก	3	6	3	2	1	3	
	รวม		62	85	62	19	4	23
เอกสารอ้างอิง	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ผลการประเมินตนเอง โดยทีมระดับอำเภอ ผลการประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด (http://gishealth.moph.go.th/pcu)							
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวภาคย์ วงศ์หินกอง				โทร. 09-21383679			
	นายสมพร เจือจันทิก				โทร. 08-9571-1175			
	นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย				โทร. 08-1954-7617			
	นายวรยุทธ พิมศรี				โทร. 09-4516-8338			
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย				โทร. 0 4241 3354 ต่อ 120			

ตัวชี้วัดที่ 20/-/-	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
หน่วยวัด	ร้อยละ/อัตรา/ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยบริการ หมายความว่า (1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ (2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(ประเภทที่ 1) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองขอเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ (1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน (2) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน (3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่ (5) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว (6) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา โดยควรมีเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย - นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/-2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล Structure - มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการสถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น *** พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 10 ปี วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

	- เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560-2563																
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : หน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 12 ทีม																
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิ																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																
ระดับจังหวัด																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคลินิกหมอครอบครัวดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเครือข่ายที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิทีมหมอครอบครัวทั้งหมด																
สูตรคำนวณ	A/B x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 5%</td></tr><tr><td>2</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 10%</td></tr><tr><td>3</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 15%</td></tr><tr><td>4</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 20%</td></tr><tr><td>5</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 25 %</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 5%	2	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 10%	3	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 15%	4	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 20%	5	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 25 %
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 5%																
2	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 10%																
3	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 15%																
4	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 20%																
5	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 25 %																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ													
				2560	2561	2562											
	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่		ทีม	7	4	1											
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562																
	ลำดับ	คปสอ.	เปิดดำเนินการ (สะสม)	เป้าหมาย 2562	ผลงาน (เปิดดำเนินการ)	หมายเหตุ											
	1	หนองคาย	3	-	-												
	2	ท่าบ่อ	2	-	-												
	3	โพนพิสัย	1	-	-												
	4	ศรีเชียงใหม่		-	-												
	5	สังคม	1	-	-												
	6	สระใคร		1	-												
	7	เฝ้าไร่	1	-	-												
	8	รัตนวาปี		1	1												
	9	โพธิ์ตาก	1	-	-												
		รวม	9	2	1												
เอกสารอ้างอิง	คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC , แบบลงทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว																
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 08-9571-1175													
	นายวรยุทธ พิมศรี			โทร. 09-4516-8338													
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 120													

ตัวชี้วัดที่ 21/19/-	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ														
หน่วยวัด	ขั้นตอน														
น้ำหนัก	ร้อยละ														
คำอธิบาย	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE (รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง) อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2563 อย่างน้อย 2 ประเด็น)														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)														
เป้าหมาย	<table><tr><td>ป 2561</td><td>ป 2562</td><td>ป 2563</td><td>ป 2564</td><td>ป 2565</td></tr><tr><td>50%</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr></table>					ป 2561	ป 2562	ป 2563	ป 2564	ป 2565	50%	60%	70%	80%	90%
ป 2561	ป 2562	ป 2563	ป 2564	ป 2565											
50%	60%	70%	80%	90%											
วิธีการประเมิน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง 3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)														
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563														
ระดับจังหวัด															

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด																
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน รอบที่ 2 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน																
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2													
	1	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	5 อำเภอ	2 อำเภอ													
	2	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	6 อำเภอ	3 อำเภอ													
	3	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	7 อำเภอ	4 อำเภอ													
	4	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	8 อำเภอ	5 อำเภอ													
	5	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	9 อำเภอ	6 อำเภอ													
ระดับ คปสอ.																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน																
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน														
			รอบ 1	รอบ 2													
	1	มีการสรรหาแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ 8:6:7 อย่างโปร่งใสเป็นธรรม มีการประชุมคณะกรรมการ พชอ.	1	1													
	2	มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ รองรับการจัดการประเด็น	3	2													
	3	มีการดำเนินการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เขาสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยใช้ UCCARE ค้นข้อมูลการประเมินตนเองในวาระ	5	3													
	4	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		4													
	5	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		5													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr> <tr> <td>จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td><td>จำนวน</td><td>1</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2560	2561	2562	จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	จำนวน	1	9	9
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ															
		2560	2561	2562													
จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	จำนวน	1	9	9													

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน
	1	หนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	5	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
	9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
		รวม	9 แห่ง	9 แห่ง
เอกสารอ้างอิง	1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพ.ศ.2561 2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย			
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก		โทร. 08-9571-1175	
	นายวรยุทธ พิมสร		โทร. 09-4516-8338	
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 923 ต่อ 120	

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

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

ตัวชี้วัดที่ 22/20/14	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
หน่วยวัด	ร้อยละ/อัตรา/ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อสม.หมอบประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอบประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์ 1. เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอบประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิต บทบาทหน้าที่ อสม.หมอบประจำบ้าน 1. สนับสนุนให้มี อสค. ทุกครอบครัว 2. เป็นพี่เลี้ยงให้ อสค. ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว 3. เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส (ฉี่หนู) 4. ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ 5. ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ 6. การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอครอบครัว (Telemedicine) 7. เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย 8. เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งจังหวัดหนองคาย จำนวนทั้งสิ้น 2,325 คน (เฉลี่ย อสม.1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน)
เป้าหมาย	รอบที่ 1 ร้อยละ 100 รอบที่ 2 ร้อยละ 70
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ/.....
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563
ระดับ	จังหวัด/คปสอ./รพ.สต.
รายการข้อมูล 1	A : อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบประจำบ้าน
รายการข้อมูล 2	B : อสม.กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1 ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 60				
	2	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 70				
	3	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 80				
	4	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 90				
	5	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 100				
เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1 ระดับ คป.สอ. รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีการชี้แจงนโยบาย และมีวิทยากรครู ข ระดับอำเภอ ได้รับการพัฒนาตามหลักสูตร อสม.เป็นหมอประจำบ้านอย่างน้อย 2 คน				
	2	มีแนวทางการพัฒนากลุ่มเป้าหมายเพื่อยกระดับ อสม.เป็นหมอประจำบ้าน เช่น แผนการจัดอบรม กลุ่มเป้าหมาย หลักสูตรการอบรม เป็นต้น				
	3	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 80				
	4	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 90				
	5	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 100				
เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2 ระดับจังหวัด ระดับ คป.สอ. รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 30				
	2	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 40				
	3	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 50				
	4	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 60				
	5	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 70				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี		ร้อยละ	0	0	0

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	0	0	0
	2	ท่าบ่อ	0	0	0
	3	โพนพิสัย	0	0	0
	4	ศรีเชียงใหม่	0	0	0
	5	สังคม	0	0	0
	6	สระใคร	0	0	0
	7	เผ่าไร่	0	0	0
	8	รัตนวาปี	0	0	0
	9	โพธิ์ตาก	0	0	0
	10	พิสัยเวหา	0	0	0
		รวม	0	0	0
เอกสารอ้างอิง	1. มีการชี้แจงนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ 2. জন.รับการฝึกอบรม ครู ข.อย่างน้อยอำเภอละ 2 คน 3. มีแผนงาน / โครงการ การอบรม อสม.หมอบริการบ้านตามโครงการ 4. ดำเนินการจัดการอบรมพัฒนา อสม.หมอบริการบ้านตามแผนงานโครงการ 5. มีการติดตาม ประเมิน ผลการอบรมพัฒนา อสม.หมอบริการบ้านตามโครงการ 6. อสม.หมอบริการบ้าน ได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเป้าหมายร้อยละ 70				
ผู้รับผิดชอบ	1.นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน			โทร. 081 – 9547617	
	2.นางสาวสุพาภรณ์ คณนงเดช นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ			โทร. 085 - 5363597	
	งาน สุขภาพภาคประชาชนกลุ่มงาน กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 23/21/-	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด 1. จำนวนผู้รับบริการ OPD ของหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCC) เขตเมืองเพิ่มขึ้น 2. โรงพยาบาลมีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 3. โรงพยาบาลมีระบบรับยาที่ร้านยา						
หน่วยวัด	ร้อยละ						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำอธิบาย	โรงพยาบาล หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับA,S) (รพ.หนองคาย1แห่ง) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ 1) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ (1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน (2) การบริการตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน (3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่ (5) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว (6) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิต้องผ่านเกณฑ์ 3S/5S ร้านยา หมายถึงร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่มีการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานของ สปสช.						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลหนองคายผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด : 1. จำนวนผู้รับบริการ OPD ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) โรงพยาบาลหนองคายเพิ่มขึ้น 2. โรงพยาบาลหนองคายมีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 3. โรงพยาบาลหนองคายมีระบบรับยาที่ร้านยา						
เป้าหมาย	โรงพยาบาลหนองคายผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด						
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิ						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563						
ระดับ	จังหวัด/คปสอ.						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด 5 ขั้นตอน/กิจกรรม <table border="1"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีฐานข้อมูลร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GPP ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการดำเนินการ/แผนการเตรียมการ/การสำรวจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อรองรับการเข้าร่วมโครงการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา</td></tr> </tbody> </table>	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีฐานข้อมูลร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GPP ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย	2	มีการดำเนินการ/แผนการเตรียมการ/การสำรวจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อรองรับการเข้าร่วมโครงการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน						
1	มีฐานข้อมูลร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GPP ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย						
2	มีการดำเนินการ/แผนการเตรียมการ/การสำรวจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อรองรับการเข้าร่วมโครงการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา						

	3	มีการดำเนินการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC)
	4	มีการพัฒนาระบบนัดหมายและคิว
	5	มีการพัฒนาช่องทางการรองรับผู้ป่วย (PCC)
	รอบที่ 2 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนากระบวนการเพื่อลดความแออัด 5 ขั้นตอน/กิจกรรม	
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีฐานข้อมูลร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GPP ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย
	2	มีการดำเนินการ/แผนการเตรียมการ/การสำรวจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อรองรับและเข้าร่วมโครงการการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา (ตามจำนวนเป้าหมายของกระทรวง)
	3	มีการดำเนินการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) มีจำนวน OPD visit เพิ่มขึ้น
	4	มีระบบนัดหมายและคิว
	5	มีช่องทางการรองรับผู้ป่วย (PCC)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูล/คู่มือดำเนินการ Primary Care Cluster : PCC, แบบลงทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว	
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 08-9571-1175
	นายวรยุทธ พิมสร	โทร. 09-8850-9082
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 24/22/-	จังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ คปสอ. : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกิน ร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) โดยในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาท้องฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่ ทันเวลา ปลอดภัย และ ประทับใจ แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ในปี 2559 พบว่ามีผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี หรือคิดเป็น 458 ครั้ง : 1,000 ประชากร โดยมากกว่า 60% เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ทำให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด (Emergency Department Crowding) นอกจากนั้นยังขาดแคลนบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าขาดแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1,420 คน, พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2,060 คน, นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 2,405 คน จากข้อมูลในต่างประเทศ พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในประเทศสหรัฐอเมริกาคิดเป็น 7.8% อังกฤษ 5.35% และออสเตรเลียคิดเป็น 7.34% สำหรับในประเทศไทย ปี 2561 มีการทดลองเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 14.7% จังหวัดหนองคาย อัตราการเสียชีวิต ปี 2561 – 2562 (ต.ค.61 - ก.ค.62) เฉลี่ยร้อยละ 5.20 % และ 5.69 % ตามลำดับ การพัฒนาตัวชี้วัด ECS คุณภาพ ในโรงพยาบาลในรอบที่ 1 ให้ประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม โดยทั่วไปจะเน้นวัด ใน 3 ส่วน 12 องค์ประกอบ คือ มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคาร สถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการดังนี้ 1. มีการประเมิน ECS ตามคู่มือการประเมินตนเองตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ 2. มีการวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาในส่วนที่ต้องพัฒนา 3. จัดทำแผนหรือโครงการตามการวิเคราะห์เพื่อทำแผนงานโครงการพัฒนา 4. การดำเนินการงานตามแผนงานโครงการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง

เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปผ่านการประเมิน ECS ≥ร้อยละ 40/F3 ≥ร้อยละ 30) ระดับ คปสอ : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกิน ร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)																																																																																	
วิธีการประเมิน	1. แบบประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ผ่านเกณฑ์การประเมิน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40) 2. ข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 (จากรายงาน ER ECS จังหวัด /43 แฟ้ม HDC)																																																																																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																																																																																	
ระดับจังหวัด	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80																																																																																	
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 A2 : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F3 ที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30																																																																																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ในจังหวัด																																																																																	
สูตรคำนวณ	(A1+A2)/B*100																																																																																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																
	1	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน ≥ร้อยละ 40																																																																																
	2	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน ≥ร้อยละ 50																																																																																
	3	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน ≥ร้อยละ 60																																																																																
	4	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน ≥ร้อยละ 70																																																																																
	5	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน ≥ร้อยละ 80																																																																																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>-ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ</td><td>ร้อยละ</td><td>88.89</td><td>88.89</td><td>100</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	-ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ	ร้อยละ	88.89	88.89	100																																																																
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																															
			2560	2561	2562																																																																													
	-ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ	ร้อยละ	88.89	88.89	100																																																																													
	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ ปีงบประมาณ 2562																																																																																	
	<table><tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ผลประเมิน</th></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>100</td><td>57.6</td><td>57.6</td><td>64.6</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>100</td><td>53.6</td><td>57.1</td><td>68.3</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>100</td><td>59</td><td>65.6</td><td>67.23</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>100</td><td>41.2</td><td>41.2</td><td>45.4</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>100</td><td>42.9</td><td>45.4</td><td>48.8</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>100</td><td>37.6</td><td>37.6</td><td>41.9</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>100</td><td>42</td><td>45</td><td>55.6</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>100</td><td>37.8</td><td>37.8</td><td>40.3</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>100</td><td>21.8</td><td>21.8</td><td>45.4</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>100</td><td>43.72</td><td>45.64</td><td>58.86</td><td>100</td></tr></table>					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ผลประเมิน	1	หนองคาย	100	57.6	57.6	64.6	ผ่านเกณฑ์	2	ท่าบ่อ	100	53.6	57.1	68.3	ผ่านเกณฑ์	3	โพนพิสัย	100	59	65.6	67.23	ผ่านเกณฑ์	4	ศรีเชียงใหม่	100	41.2	41.2	45.4	ผ่านเกณฑ์	5	สังคม	100	42.9	45.4	48.8	ผ่านเกณฑ์	6	สระใคร	100	37.6	37.6	41.9	ผ่านเกณฑ์	7	เผ่าไร่	100	42	45	55.6	ผ่านเกณฑ์	8	รัตนวาปี	100	37.8	37.8	40.3	ผ่านเกณฑ์	9	โพธิ์ตาก	100	21.8	21.8	45.4	ผ่านเกณฑ์		รวม	100	43.72	45.64	58.86	100
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ผลประเมิน																																																																											
	1	หนองคาย	100	57.6	57.6	64.6	ผ่านเกณฑ์																																																																											
	2	ท่าบ่อ	100	53.6	57.1	68.3	ผ่านเกณฑ์																																																																											
	3	โพนพิสัย	100	59	65.6	67.23	ผ่านเกณฑ์																																																																											
4	ศรีเชียงใหม่	100	41.2	41.2	45.4	ผ่านเกณฑ์																																																																												
5	สังคม	100	42.9	45.4	48.8	ผ่านเกณฑ์																																																																												
6	สระใคร	100	37.6	37.6	41.9	ผ่านเกณฑ์																																																																												
7	เผ่าไร่	100	42	45	55.6	ผ่านเกณฑ์																																																																												
8	รัตนวาปี	100	37.8	37.8	40.3	ผ่านเกณฑ์																																																																												
9	โพธิ์ตาก	100	21.8	21.8	45.4	ผ่านเกณฑ์																																																																												
	รวม	100	43.72	45.64	58.86	100																																																																												
ระดับ คปสอ.	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)																																																																																	
รายการข้อมูล 1	A : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน level1 ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงทั้งในห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล																																																																																	
รายการข้อมูล 2	B : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1 ทั้งหมด																																																																																	
สูตรคำนวณ	(A/B)*100																																																																																	

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. $\leq 40\%$						
	2	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. $\leq 33\%$						
	3	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. $\leq 26\%$						
	4	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. $\leq 19\%$						
	5	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. $\leq 12\%$						
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2560	2561	2562		
	- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล		ร้อยละ	NA	5.20	5.69		
	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.61-ก.ค.62)							
	ลำดับ	คปสอ.	ปี 2561 (level1)			ปี 2562 (level1)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2,300	74	3.22	1,847	70	3.79
	2	ท่าบ่อ	338	103	30.47	250	94	37.60
	3	โพนพิสัย	1,234	13	1.05	897	8	0.89
	4	ศรีเชียงใหม่	90	0	0.00	103	5	4.85
5	สังคม	46	3	6.52	43	3	6.98	
6	สระใคร	62	2	3.23	53	2	3.77	
7	เผ่าไร่	216	17	7.87	214	11	5.14	
8	รัตนวาปี	170	8	4.71	170	8	4.71	
9	โพธิ์ตาก	57	11	19.30	56	6	10.71	
10	พิสัยเวหา	81	8	9.88	56	3	5.36	
	รวม	20,424	262	1.28	3,689	210	5.69	
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรมฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/HDC 2. รายงานบันทึก ER ECS จังหวัด 3. แบบประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของ โรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์							
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสำเนียง จันทรรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com				
	2.นางวริศรา เบ้าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์ : 095-6645140 e-mail : warisara.4611@gmail.com				
	3.นางสาวเนตรนภา อินเสมียน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์. : 081-2631549 e-mail : netrenin@gmail.com				
	4.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com				
	5.น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com				
	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรพ.หนองคาย กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด			โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661 โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 105				

ตัวชี้วัดที่ 25/-/-	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล																																		
เป้าหมาย	< ร้อยละ 6																																		
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย																																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%				2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%				3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%				4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%				5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%																																		
2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%																																		
3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%																																		
4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%																																		
5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th></tr><tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</td><td>< 6%</td><td>2.44</td><td>2.91</td><td>3.40</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2560	2561	2562	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 6%	2.44	2.91	3.40																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																																	
		2560	2561	2562																															
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 6%	2.44	2.91	3.40																															
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลในระบบ HDC																																		
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์		โทร. 08 -1964-8534																																
	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		E-mail : poo_b12@hotmail.com																																
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		0 4241 3354 ต่อ 105																																

ตัวชี้วัดที่ 26/-/-	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการ ให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันทั่วถึง โดยวิธีการให้ยา ละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																																		
เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 9																																		
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																																		
ระดับจังหวัด																																			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และเสียชีวิต																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 13</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 12</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 11</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 10</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 9</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 13				2	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 12				3	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 11				4	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 10				5	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 9			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 13																																		
2	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 12																																		
3	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 11																																		
4	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 10																																		
5	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 9																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</td><td>ร้อยละ</td><td>2.86</td><td>8.43</td><td>7.69</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	2.86	8.43	7.69																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2560	2561	2562																															
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	2.86	8.43	7.69																															
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ																																		
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. 08 -1964-8534 E-mail : poo_b12@hotmail.com																																
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		0 4241 3354 ต่อ 105																																

ตัวชี้วัดที่ 27/23/-	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการ ให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที โดยวิธีการให้ยา ละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล					
เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 50					
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563					
ระดับ	จังหวัด/คปสอ.					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยถึง รพ. >ร้อยละ10				
	2	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยถึง รพ. >ร้อยละ20				
	3	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยถึง รพ. >ร้อยละ30				
	4	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยถึง รพ. >ร้อยละ40				
	5	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยถึง รพ. >ร้อยละ50				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		ร้อยละ	52.00	52.27	32.26
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	รพ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	4	0	0	
	2	ท่าบ่อ	9	5	55.55	
	3	โพนพิสัย	8	2	25.00	
	4	ศรีเชียงใหม่	3	0	0	
	5	สังคม	0	0	-	
6	สระใคร	0	0	-		
7	เผ่าไร่	2	0	0		
8	รัตนวาปี	2	2	100		
9	โพธิ์ตาก	1	1	100		
	รวม	31	10	32.26		

เอกสารอ้างอิง	- ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ - รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. 08 -1964-8534 E-mail : poo_b12@hotmail.com
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	0 4241 3354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 28/-/-	โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	คลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยคือ หน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตรักษาเพื่อจำหน่าย เพื่อการรักษา เปิดให้บริการการใช้รักษาทางการแพทย์ ด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีรักษาประสมอยู่หรือผลิตภัณฑ์รักษา ตามคู่มือคำแนะนำการใช้รักษาทางการแพทย์ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้รักษาทางการแพทย์ โดยแพทย์แผนไทยควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยต้องมีความพร้อมของหน่วยบริการแบบ ผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในการให้บริการการใช้รักษาทางการแพทย์อย่าง ปลอดภัย โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสหสาขาวิชาชีพพัฒนา มีระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ รักษาทางการแพทย์เพื่อประเมินความเหมาะสม ในการใช้รักษาทางการแพทย์และวางแผนให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยพัฒนาระบบติดตาม กำกับเพื่อประเมิน รูปแบบที่เหมาะสม นำไปสู่การขยายผลการ ให้บริการแก่ประชาชน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลหนองคาย (โรงพยาบาลทั่วไป) ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	
เป้าหมายรอบที่ 1	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 5 ข้อ 1. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการ ใช้รักษาทางการแพทย์ 2. มีแนวทางในการให้บริการคลินิกรักษาทาง การแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย 3. มีอัตรากำลัง สหวิชาชีพตามเกณฑ์ 4. มีชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยมาขอรับบริการและผลข้างเคียง	
เป้าหมายรอบที่ 2	1. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบที่ 1 ทั้ง 5 ข้อ 2. มีระบบการบริหารจัดการสารสกัดรักษาทางการแพทย์เพื่อให้มียาที่เพียงพอ 3. โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการรักษา ทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	
วิธีการประเมินแหล่งข้อมูล	1. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการ แพทย์ 2. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การให้บริการรักษาทางการแพทย์เขตสุขภาพและจังหวัด 3. การสำรวจและการรายงาน 4. จากการลงข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม C-MOPH	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : มีนาคม 2563-กรกฎาคม 2563	
ระดับจังหวัด		
เกณฑ์การให้คะแนนรอบที่ 1	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 1ข้อ
	2	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 2 ข้อ
	3	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 3 ข้อ
	4	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 4 ข้อ
	5	มีการดำเนินงานครบถ้วนตามเกณฑ์เป้าหมาย 5 ข้อ

เกณฑ์การให้ คะแนน รอบที่ 2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 3 ข้อ	
	2	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 4 ข้อ	
	3	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 5 ข้อ	
	4	มีระดับคะแนนที่ 3 และ มีระบบการบริหารจัดการสารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้มียาที่เพียงพอ	
	5	มีระดับคะแนนที่ 4 และ โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
			2562
	โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย		ร้อยละ
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชา ในสถานบริการสุขภาพโดย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก วันที่ 26-27 สิงหาคม 2562 2. หนังสือรูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวง สาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบ	นายปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.หนองคาย		โทร. 042-412465-569 ต่อ 223
	นายสมภพ ดวงแก้ว เกษตรกรปฏิบัติการ รพ.หนองคาย		โทร. 081-5453714
	นางปิยะมาศ ปรัชฎา เกษตรกรชำนาญการ สสจ.หนองคาย		โทร. 083-2906287
	นางสาวกฤษฎิยา พุ่มบัว เกษตรกร รพ.หนองคาย		โทร. 089-8418107
	นางบุปผา อาศรัยราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.หนองคาย		โทร. 095-1798569

ตัวชี้วัดที่ 29/-/-	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	1. รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย หมายถึง รายได้รวมที่เกิดจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย รายได้ที่เกิดจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ/อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร และบริการการแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 4 ประเภท ได้แก่ 1) บริการรักษาพยาบาล (Medical Service) 2) บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness) 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product) 4) ศูนย์วิชาการทางการแพทย์ (Academic) 2. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ชาวไทยและชาวต่างชาติที่รับบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทย					
เป้าหมาย	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5					
วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. แบบรายงานรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ฯ โดยใช้ Google Forms 3. จังหวัดรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ฯ โดยใช้ Google Forms					
ระยะเวลาประเมินผล	9 เดือน (การเก็บข้อมูล/ประเมินผล/แบบรายงาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2563)					
ระดับจังหวัด	รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5					
รายการข้อมูล 1	A : รายได้จากการให้บริการสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ/อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจรในปี 2563 ของประเทศไทย					
รายการข้อมูล 2	B : รายได้จากการให้บริการสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ/อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจรในปี 2562 ของประเทศไทย					
สูตรคำนวณ	(A - B)/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 1				
	2	รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 2				
	3	รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 3				
	4	รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4				
	5	รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			วัด	2560	2561	2562
	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย		ร้อยละ	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. รายงานข้อมูลจากแบบรายงานรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ฯ โดยใช้ Google Forms 4. ภาพกิจกรรม					
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.จรัสศรี อาจศิริ		โทร. 08 1544 7472			
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		โทร. 0 4242 1438 ต่อ 109			

ตัวชี้วัดที่ 30/24/-	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิตจำนวน 165 แห่ง (หนองคาย 1 แห่ง) - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) (หนองคาย 8 แห่ง) HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน เงื่อนไข : 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 3. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ 4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่มา : มาตรฐาน HA (ฉบับที่ 4 ประกาศ 1ก.ค.61 ปรับปรุง ม.ค.62)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA-Reacc : ร.พ.หนองคาย, สระใคร, โพนพิสัย, สังคม, รพร.ท่าบ่อ 2. โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA-3 : ร.พ.ศรีเชียงใหม่, ร.พ.เผ่าไร่ 3. โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA-1 : ร.พ.รัตนวาปี, ร.พ.โพธิ์ตาก 4. โรงพยาบาลเอกชน : ร.พ.พิสัยเวช อ.โพนพิสัย HA2
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : รพ.เป้าหมาย HA-Reacc และ HA-3 ทุกแห่ง ระดับ คปสอ. : ผ่านระดับคะแนน 5
วิธีการประเมิน	การประกาศผลการประเมินโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการและการประเมินโดยทีม สสจ.
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563
ระดับจังหวัด	ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้น 3 (ร้อยละ 100)
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA ผ่านการรับรองชั้น 3 และ Re-acc (สรพ.)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคายทั้งหมด จำนวน 7 แห่ง
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 60				
	2	หน่วยบริการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 70				
	3	หน่วยบริการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 80				
	4	หน่วยบริการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 90				
	5	หน่วยบริการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 100				
ระดับ คปสอ.	5 ขั้นตอน					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ. ประเมินระดับ HA1 รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีผลการดำเนินงาน 12 กิจกรรมทบทวน จำนวน 4 กิจกรรม				
	2	มีผลการดำเนินงาน 12 กิจกรรมทบทวน จำนวน 8 กิจกรรม				
	3	มีผลการดำเนินงาน 12 กิจกรรมทบทวน จำนวน 12 กิจกรรม				
	4	ผ่านระดับ 3+ ส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองชั้น 1				
	5	ได้รับการรับรองชั้น 1				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ. ประเมินระดับ HA2 รพ.พิสัยเวช	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มี CQI ในกลุ่มโรคสำคัญ+พัฒนาตาม GAP analysis ใน patient safety goal รวมกันอย่างน้อย 5 เรื่อง				
	2	มี CQI ในกลุ่มโรคสำคัญ+พัฒนาตาม GAP analysis ใน patient safety goal รวมกันอย่างน้อย 8 เรื่อง+มีการพัฒนางานของทีม RM, ENV, IC และอื่นๆ อย่างน้อย 2 เรื่อง				
	3	ผ่านระดับ 2+ มีการทำ medical record audit และนำแนวทางไปพัฒนาการบันทึก และไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 3 เรื่อง				
	4	ผ่านระดับ 3+ ส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองชั้น 2				
	5	ได้รับการรับรองชั้น 2				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ ประเมินระดับ HA3/Reacredit	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีการดำเนินงานของทีมระดับกลางครบทุกทีม				
	2	(1)+มีการเชื่อมโยงการทำงานของทีม				
	3	(1)+(2)+มีการติดตามของทีมนำระดับสูง				
	4	อยู่ในช่วงรอรับการประเมิน accreditation หรือ ประเมินรับรองไม่ผ่าน หรือ ติด focus หลังการประเมินรับรอง หรือ ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองภายใน 6 เดือนหลังวันที่อายุการรับรองสิ้นสุดลง				
	5	อยู่ในช่วงเวลาการรับรอง หรือ อยู่ในช่วงการส่งการบ้านหลังการประเมินรับรอง หรือ อยู่ในช่วงรอรับการประเมิน reaccreditation				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรอง HA ตามบันไดขั้น 3 และ Re-acc		ร้อยละ	83.3 (6/5)	83.3 (6/5)	71.43 (7/5)

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	โรงพยาบาล	ระดับการผ่าน ปัจจุบัน	วันที่รับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ
	1.	หนองคาย	Re-acc2	29 พ.ค.60	28 พ.ค.63	
	2.	สระใคร	Re-acc1	27 มิ.ย.60	26 มิ.ย.63	
	3.	ศรีเชียงใหม่	HA3	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60	
	4.	เฝ้าไร่	HA2	10 พ.ค.62	9 พ.ค.63	
	5.	รัตนวาปี	-	-	-	เปิด IPD ก.พ.61
	6.	โพธิ์ตาก	-	-	-	เปิด IPD มิ.ย.61
	7	โพนพิสัย	Re-acc1	22 ก.พ.61	21 พ.ค.64	
	8	ท่าบ่อ	Re-acc4	26 ก.พ.59	25 ก.พ.62	รอประกาศ Re-acc5
	9	สังคม	HA3	27 มิ.ย.60	26 มิ.ย.62	รอประกาศ Re-acc1
	10	พิสัยเวหา	HA2	15 ก.พ.59	14 ก.พ.60	
เอกสารอ้างอิง	1. มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 (ประกาศใช้ วันที่ 1 กรกฎาคม 2561, แก้ไขมกราคม 2562) 2. กระบวนการพัฒนา HA ตามบันได 3 ขั้น 3. ประกาศรับรองของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2. นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3. นายสมพร เจือจันทิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. 09 9576 0280 โทร. 08 8571 3729 โทร. 08 9571 1175		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 31/25/-	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ																				
หน่วยวัด	ขั้นตอน																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																				
คำอธิบาย	หน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบด้วยหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 9 อำเภอ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 คำถามและทบทวนทุกปี 2) ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561 = 2 หมวด ปี 2562 = 2 หมวด ปี 2563 = 2 หมวด และปี 2564-2565 ปีละ 6 หมวด ดังนี้ <table><tr><td>ปีงบประมาณ</td><td>สสจ.</td><td>สสอ.</td></tr><tr><td>2561</td><td>หมวด 1, หมวด 5</td><td>หมวด 1, หมวด 5</td></tr><tr><td>2562</td><td>หมวด 2, หมวด 4</td><td>หมวด 2, หมวด 4</td></tr><tr><td>2563</td><td>หมวด 3, หมวด 6</td><td>หมวด 3, หมวด 6</td></tr><tr><td>2564</td><td>หมวด 1-6</td><td>หมวด 1-6</td></tr><tr><td>2565</td><td>หมวด 1-6</td><td>หมวด 1-6</td></tr></table> 3) นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง และโอกาสในการพัฒนา (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 5) ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 6) จัดทำ Application Report รายหมวดตามแผนพัฒนาตามระยะเวลาที่กำหนด 7) ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit จาก กพร.สป.กสธ. (กลุ่มพัฒนาระบบ บริหาร ทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ			ปีงบประมาณ	สสจ.	สสอ.	2561	หมวด 1, หมวด 5	หมวด 1, หมวด 5	2562	หมวด 2, หมวด 4	หมวด 2, หมวด 4	2563	หมวด 3, หมวด 6	หมวด 3, หมวด 6	2564	หมวด 1-6	หมวด 1-6	2565	หมวด 1-6	หมวด 1-6
ปีงบประมาณ	สสจ.	สสอ.																			
2561	หมวด 1, หมวด 5	หมวด 1, หมวด 5																			
2562	หมวด 2, หมวด 4	หมวด 2, หมวด 4																			
2563	หมวด 3, หมวด 6	หมวด 3, หมวด 6																			
2564	หมวด 1-6	หมวด 1-6																			
2565	หมวด 1-6	หมวด 1-6																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ.หนองคาย 1 แห่ง/ สสอ. 9 แห่ง																				
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ผ่านเกณฑ์ ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100																				
วิธีการประเมิน	ประเมิน โดยทีม Internal Audit กพร.สป.กสธ. ระดับ อำเภอ จังหวัด รายงานผลการดำเนินงาน เอกสาร หลักฐานและกระบวนการพัฒนาเชิงประจักษ์ 1. รายงานลักษณะสำคัญขององค์กร 2. แผนพัฒนา PMQA ของหน่วยงาน 3. ผลการประเมินตนเอง (SAR-PMQA) 4. ผลการวิเคราะห์ จุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงองค์กร 5. แผนปรับปรุงองค์กร รายหมวด 6. Application Report รายหมวดตามแผนพัฒนาองค์กรแต่ละหมวดใน http://pmqa.moph.go.th/moph-pmqa/frontend/web/index.php ภายในเวลาที่กำหนด																				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																				
ระดับจังหวัด	1. สสจ. ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA 2. ร้อยละ 100 ของ สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA																				

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้ครบถ้วน 13 คำถาม				
	2	ประเมินองค์กรด้วยตนเอง (SAR-PMQA) ได้ครบถ้วน				
	3	วิเคราะห์จุดแข็งและโอกาสการพัฒนาได้ครบถ้วน (OFI) ทุกข้อคำถามหมวด 3, 6				
	4	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 3 หมวด 6 และดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร ได้ครบถ้วน				
	5	จัดทำรายงานผลการพัฒนาองค์กร (Application Report) ครบถ้วนและรายงานตามรอบระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ภายในระยะเวลาที่กำหนด				
	2.ร้อยละ 100 ของ สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 60				
	2	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 70				
	3	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 80				
	4	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 90				
	5	สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนา PMQA ร้อยละ 100				
ระดับ คปสอ.	ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 5 ขั้นตอน					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ได้ครบถ้วน 13 คำถาม และ ทบทวนเพื่อคงสภาพหมวด 1 หมวด 2 หมวด 4 หมวด 5				
	2	ประเมินองค์กรด้วยตนเอง (SAR-PMQA) ได้ครบถ้วน				
	3	วิเคราะห์จุดแข็งและโอกาสการพัฒนาได้ครบถ้วน (OFI) ทุกข้อคำถามหมวด 3 ,6				
	4	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 3 หมวด 6 และดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรได้ครบถ้วน				
	5	จัดทำรายงานผลการพัฒนาองค์กร (Application Report) ครบถ้วนและรายงานตามรอบระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ภายในระยะเวลาที่กำหนด				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	การพัฒนาตามกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์เกณฑ์คุณภาพ PMQA หมวด 1 หมวด 2 หมวด 4 หมวด 5 สสจ. หมวด1 หมวด 2 หมวด 4 หมวด 5 สสอ. หมวด1 หมวด 2 หมวด 4 หมวด 5		ร้อยละ	79.07	100	100
				100	55.55	
ผลการดำเนินงาน หมวด 2 หมวด 4 ปีงบประมาณ 2562						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100	
	2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน	80	
	3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100	
	4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน	80	
	5	สังคม	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน	80	
	6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100	
	7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100	
	8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	4 ขั้นตอน	80	
	9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100	
		รวม	สสอ.ดำเนินงาน PMQA ครบ 5 ขั้นตอน ร้อยละ 55.55			

เอกสารอ้างอิง	1. รายงานลักษณะสำคัญขององค์กร 2. แผนพัฒนา PMQA ของหน่วยงาน 3. ผลการประเมินตนเอง (SAR-PMQA) 4. ผลการวิเคราะห์ จุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงองค์กร 5. แผนปรับปรุงองค์กร รายหมวด 6. Application Report รายหมวดตามแผนพัฒนา	
ผู้รับผิดชอบ	นางอุไรรัตน์ ศรีสม นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 088-5713729 โทร. 089-5711175
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 32/26/15	ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขมีคุณภาพมาตรฐาน																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ทุกระดับ องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขทุกระดับ มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข คุณภาพขององค์กรแห่งความสุข มี 3 ระดับ ประกอบด้วย ชั้น 1 ชั้น 2 และ ชั้น 3 เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข มีทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การนำองค์กรแห่งความสุข หมวดที่ 2 กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมวดที่ 3 การจัดการความรู้ในองค์กร หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย																
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อย 3 หน่วยงาน ระดับ คปสอ. : มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อย 1 หน่วยงาน ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานมีการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข 5 ขั้นตอน																
วิธีการประเมิน	แบบประเมินผลการดำเนินงาน, แผนการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข, แบบรายงาน Success Story หรือ Bright Spot เกณฑ์การประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน																
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563																
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																
ระดับจังหวัด	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อย 3 หน่วยงาน																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 1 หน่วยงาน</td></tr> <tr> <td>3</td><td>จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 2 หน่วยงาน</td></tr> <tr> <td>5</td><td>จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 3 หน่วยงาน</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 1 หน่วยงาน	3	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 2 หน่วยงาน	5	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 3 หน่วยงาน								
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 1 หน่วยงาน																
3	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 2 หน่วยงาน																
5	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ชั้นที่ 3 จำนวน 3 หน่วยงาน																
ระดับ คปสอ.	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อย 1 หน่วยงาน																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยงานมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล Happinometer และวิเคราะห์องค์กร</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานมีแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข มีคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข และมีทีมสร้างสุขในองค์กรระดับอำเภอ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีผลการรายงานการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามแบบรายงาน ไตรมาสที่ 1, 2 ประเมินคุณภาพหน่วยงานมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานองค์กรแห่งความสุขทุกหน่วยงานในสังกัด</td></tr> </tbody> </table> รอบที่ 2 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 1 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 2 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 3 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน มีผลการประเมินความสุข ของคนทำงาน Happinometer หลังจากการดำเนินงานขับเคลื่อน</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล Happinometer และวิเคราะห์องค์กร	3	หน่วยงานมีแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข มีคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข และมีทีมสร้างสุขในองค์กรระดับอำเภอ	5	มีผลการรายงานการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามแบบรายงาน ไตรมาสที่ 1, 2 ประเมินคุณภาพหน่วยงานมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานองค์กรแห่งความสุขทุกหน่วยงานในสังกัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 1 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน	3	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 2 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน	5	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 3 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน มีผลการประเมินความสุข ของคนทำงาน Happinometer หลังจากการดำเนินงานขับเคลื่อน
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	หน่วยงานมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล Happinometer และวิเคราะห์องค์กร																
3	หน่วยงานมีแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข มีคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข และมีทีมสร้างสุขในองค์กรระดับอำเภอ																
5	มีผลการรายงานการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามแบบรายงาน ไตรมาสที่ 1, 2 ประเมินคุณภาพหน่วยงานมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานองค์กรแห่งความสุขทุกหน่วยงานในสังกัด																
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 1 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน																
3	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 2 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน																
5	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 3 อย่างน้อย 1 หน่วยงาน มีผลการประเมินความสุข ของคนทำงาน Happinometer หลังจากการดำเนินงานขับเคลื่อน																

ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข					
สูตรคำนวณ	5 ขั้นตอน					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยงานมีการวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุข				
	3	หน่วยงานจัดทำแผนพัฒนาความสุขของคนในองค์กร				
	5	มีการประเมินคุณภาพหน่วยงานมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานองค์กรแห่งความสุข				
	รอบที่ 2					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 1				
	3	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 2				
	5	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ระดับคุณภาพ ชั้น 3 และมีผลการประเมินความสุข ของคนทำงาน Happinometer หลังจากการดำเนินงาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขคุณภาพมาตรฐาน		ร้อยละ	NA	NA	NA
	ผลการดำเนินงานจำนวนหน่วยงานที่ทำHappinometer ไปใช้ ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	19	19	100	
	2	ท่าบ่อ	12	12	100	
	3	โพนพิสัย	17	17	100	
	4	ศรีเชียงใหม่	8	8	100	
	5	สังคม	7	7	100	
	6	สระใคร	5	5	100	
	7	เผ่าไร่	9	9	100	
	8	รัตนวาปี	8	8	100	
	9	โพธิ์ตาก	7	7	100	
	10	พิสัยเวท	-	-	-	
		รวม	92	92	100	
เอกสารอ้างอิง	1) แผนพัฒนาความสุขของหน่วยงาน 2) สรุปกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 3) คณะทำงานที่มสร้างสุขในองค์กร 4) ข้อมูลจากระบบHappinometer					
ผู้รับผิดชอบ	1.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทร. 08-3415-1965		
	2.นางสุปราณี ผานารัตน์ นักทรัพยากรบุคคล			โทร. 09 5669 9329		
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล			โทร. 0 4242 923 ต่อ107		
หัวหน้ากลุ่มงาน	นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทรศัพท์. : 09-5672-9645		
	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล			โทร.0 4242 923 ต่อ107		

3. Area Base

ตัวชี้วัดที่ 33/27/16	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการออกกำลังกาย มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รับประทานอาหารที่ไม่มีรสหวาน มัน เค็ม ตามนโยบาย นคร 2ส.(3 อ. 2ส.) และพฤติกรรมสุขภาพประทีพประสงค์ 4 ด้าน ประกอบไปด้วยตัวชี้วัดย่อย ดังนี้ พิจารณาความสำเร็จของการดำเนินงานตาม KPI ย่อย ดังนี้ 1. ร้อยละการสมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแรง คัง 99 วันสุขภาพดี ขึ้น (15 คะแนน) 2. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแรง คัง (สร้างสุขภาพ) (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (15 คะแนน) 3. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไ้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (15 คะแนน) 4. ร้อยละตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประเมิน ร้อยละ 30 ของอำเภอ (15 คะแนน) 5. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานคลินิก DPAC (10 คะแนน) 6. ร้อยละประชาชนอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (15 คะแนน) 7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง ≤ร้อยละ 1.95 5 (15 คะแนน) *** รายละเอียดการให้คะแนนตามแนบท้าย ***	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ/บุคลากรสาธารณสุข/ประชาชนทั่วไป /อสม./ พช.กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม	
เป้าหมาย	ร้อยละ 80	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563	
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ	
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม 100	
สูตรคำนวณ	A/B x 100	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 40
	2	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 50
	3	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 60
	4	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70
	5	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง คัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 80 ขึ้นไป
- ระดับจังหวัด		
- ระดับ คปสอ.		
- ระดับ รพ.สต.		

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ร้อยละความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน		ร้อยละ	89.93	87.26	30.0
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	100	93.66	93.66	
	2	ท่าบ่อ	100	77.78	77.78	
	3	โพนพิสัย	100	93.41	93.41	
	4	ศรีเชียงใหม่	100	93.86	93.86	
	5	สังคม	100	82.39	82.39	
	6	สระใคร	100	79.48	79.48	
	7	เผ่าไร่	100	86.36	86.36	
	8	รัตนวาปี	100	79.40	79.40	
	9	โพธิ์ตาก	100	80.00	80.00	
	10	พิสัยเวหา	100	70.00	70.00	
		รวม	100			
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลการสมัครเข้าร่วมโครงการHealthy Nong Khai ออกแอ่งแอ่งคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น 2. ข้อมูลทะเบียนตำบลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ 3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการปี 2561 4. ทะเบียนชมรมออกแอ่งแอ่งคิง 5. เอกสารการจัดตั้ง/การดำเนินงานองค์กรไร้พุง 6. เอกสารการจัดตั้ง/การดำเนินงานและทะเบียนให้บริการคลินิก DPAC 7. รายงานข้อมูลดัชนีมวลประชาชนวัยทำงานจาก HDC 8. รูปภาพกิจกรรม					
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย			โทร. 08-3144-6566		
	งานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 123		

รายละเอียดเอกสารแนบท้าย

1. ร้อยละการสมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (15 คะแนน 3 กลุ่ม)

1.1 กลุ่มที่ 1 ร้อยละ อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละ อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 10	ร้อยละ 40
3	ร้อยละ อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60
5	ร้อยละ อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80

1.2 กลุ่มที่ 2 ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 10	ร้อยละ 40
3	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60
5	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80

1.3 กลุ่มที่ 3 ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10
3	ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15
5	ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการฯ	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20

2. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแสงแยงคิง (สร้างสุขภาพ) (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (15 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	คะแนน
1	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแสงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	3
2	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแสงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	6
3	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแสงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	9
4	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแสงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	12
5	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแสงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	15

3. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (15 คะแนน)

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มีโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานองค์กรไร้พุง - มีกิจกรรมการเปิดตัวองค์กรไร้พุง/มีบันทึกการประชุมคณะกรรมการฯ/นโยบายองค์กรไร้พุง - มีแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ/การสนับสนุนงบประมาณ - มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคอ้วนลงพุงภายในองค์กร - บอร์ด/ป้าย/แผ่นพับ/เฟสบุ๊ก/ไลน์/เสียงตามสาย/ฯลฯ	3
2	- มีการจัดเก็บข้อมูลรอบเอว/น้ำหนัก/ส่วนสูง/BMI ของบุคลากรในองค์กร การจัดเก็บข้อมูลรอบเอวรายเดือน 6 เดือนแรก/6 เดือนหลัง	6
3	- มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในองค์กรเดิน/วิ่ง/เต้นแอโรบิก/ปั่นจักรยาน/โยคะ/รำไม้พลอง/ฯลฯ และการสร้างบุคคลต้นแบบของหน่วยงาน - บุคลากร สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น รอบที่ 1 มากกว่าร้อยละ 50 รอบที่สองมากกว่าร้อยละ 80	9

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
4	ร้อยละบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ (22.9) มีค่าดัชนีมวลกายลดลง $\geq$ ร้อยละ 30	12
5	ร้อยละบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ (22.9) มีค่าดัชนีมวลกายลดลง $\geq$ ร้อยละ 50	15

4. ร้อยละตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประเมิน ร้อยละ 30 ของอำเภอ (15 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	คะแนน
1	ร้อยละตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประเมิน	ร้อยละ 4	ร้อยละ 6	3
2	ร้อยละตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประเมิน	ร้อยละ 8	ร้อยละ 12	6
3	ร้อยละตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประเมิน	ร้อยละ 12	ร้อยละ 18	9
4	ร้อยละตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประเมิน	ร้อยละ 16	ร้อยละ 24	12
5	ร้อยละตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการประเมิน	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	15

5. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานคลินิก DPAC (10 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ด้านการบริหารจัดการ/การนำองค์กร - มีการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงาน, มีคณะกรรมการ และโครงสร้าง/ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน - มีสถานที่ดำเนินงาน(สถานที่/มุมให้บริการ, ป้าย “คลินิกไร้พุง”, มุมให้ความรู้/เอกสารความรู้, ขั้นตอนการดำเนินงาน) - มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้แก่บุคลากรของสถานบริการ โรงพยาบาล ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป - รับรู้เกี่ยวกับนโยบาย กลวิธี และมาตรการต่อการบริการคลินิกไร้พุง (DPAC) - มีแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ/การสนับสนุนงบประมาณ ด้านการให้บริการ - มีกิจกรรมให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นคร 2 ส. (3 อ. 2 ส.)) - มีผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 คน - มีสมุดบันทึกการให้บริการผู้ป่วย	2
2	ด้านการติดตาม ประเมินผล - มีการรายงานผลการดำเนินงาน/ประเมินการดำเนินงาน (สรุปรายบุคคล และกลุ่ม) - มีการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนางาน (การติดตาม, ประเมินผล, และพัฒนาการบริการ)	4
3	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม ที่ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC เปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ $\geq$ ร้อยละ 10	6
4	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม ที่ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC เปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ $\geq$ ร้อยละ 20	8
5	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม ที่ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC เปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ $\geq$ ร้อยละ 30	10

6. ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (15 คะแนน) วัดจากโปรแกรมออกแรงแอ่งคิง

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
3	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 15	ร้อยละ 45
6	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 20	ร้อยละ 50
9	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 25	ร้อยละ 55
12	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60
15	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 35	ร้อยละ 65

7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง $\leq$ ร้อยละ 1.95 5 (15 คะแนน) ประเมินจากตัวชี้วัด NCD

ตัวชี้วัดที่ 34/28/17	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs (1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 5				
หน่วยวัด	อัตรา				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ผู้ป่วยเบาหวานตาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ตายจากสาเหตุอื่นเนื่องมาจากโรคเบาหวาน (E10-E14) หมายเหตุ : ไม่นับที่เสียชีวิตจาก รหัส ICD10 ที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรดังนี้ V, X, S				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานตาย ในปีงบประมาณปัจจุบัน ที่มีรหัส ICD10 (E10-E14)				
เป้าหมาย	อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ไม่ประเมิน รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563				
รายการข้อมูล 1	A : อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานปีที่ผ่านมา				
รายการข้อมูล 2	B : อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานปีปัจจุบัน				
สูตรคำนวณ	[(A - B)/A] x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราตายโรคเบาหวานลดลง น้อยกว่า 2			
	2	อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2			
	3	อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 3			
	4	อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 4			
	5	อัตราตายโรคเบาหวานลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5			
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5		อัตรา	2560	2561	2562
			21.14 ลดร้อยละ 28.68	19.40 ลดร้อยละ 8.23	21.45 เพิ่มร้อยละ 10.57
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	1,241	774	62.37
	2	ท่าบ่อ	502	251	50.00
	3	โพนพิสัย	867	644	74.28
	4	ศรีเชียงใหม่	157	116	73.89
	5	สังคม	236	190	80.51
	6	สระใคร	81	68	83.95
	7	เผ่าไร่	268	212	79.10
	8	รัตนวาปี	241	153	63.49
	9	โพธิ์ตาก	12	12	100.00
	10	พิสัยเวหา			
		รวม	3,605	2,420	67.13
เอกสารอ้างอิง	รายงานจาก HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์		โทร. 089 7102475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 34/28/17	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs (2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงร้อยละ 5					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานและมีระดับน้ำตาล FPG มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน					
เป้าหมาย	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมาร้อยละ 5					
วิธีการประเมิน	ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2562 กับ ปี 2563 จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา					
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1				
	2	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2				
	3	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3				
	4	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4				
	5	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ลดลงร้อยละ 5)		ร้อยละ	3,025	2,983 (ลด 1.39%)	2,461 (ลด 5.70%)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	919	812	11.64	
	2	ท่าบ่อ	481	545	-13.31** เพิ่ม	
	3	โพนพิสัย	456	427	6.36	
	4	ศรีเชียงใหม่	188	155	17.55	
	5	สังคม	106	121	-14.15**เพิ่ม	
6	สระใคร	153	102	33.33		
7	เผ่าไร่	217	244	-12.44**เพิ่ม		
8	รัตนวาปี	226	197	12.83		
9	โพธิ์ตาก	99	93	6.06		
10	พิสัยเวหา	138	117	15.22		
	รวม	2983	2,813	5.70		
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 34/28/17	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs (3) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ 5					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง และมีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน					
เป้าหมาย	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ 5					
วิธีการประเมิน	ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2562 กับ ปี 2563 จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณปัจจุบัน					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา					
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1				
	2	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2				
	3	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3				
	4	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4				
	5	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ 3		ร้อยละ	5,533	5,924 (เพิ่ม 7.07%)	5,693 (ลด 3.90%)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	1,612	1,450	10.05	
	2	ท่าบ่อ	906	961	-6.07	
	3	โพนพิสัย	818	934	-14.18	
	4	ศรีเชียงใหม่	540	398	26.30	
	5	สังคม	283	247	12.72	
6	สระใคร	261	292	-11.88		
7	เผ้าไร่	501	563	-12.38		
8	รัตนวาปี	549	455	17.12		
9	โพธิ์ตาก	184	142	22.83		
10	พิสัยเวหา	270	251	7.04		
	รวม	5,924	5,693	3.90		
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด			โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 34/28/17	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs (4) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 1. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100-125 mg/dl หรือค่าระดับ FPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ 2. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3																	
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.95 % ระดับ คปสอ. : อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.95 % ระดับ รพ.สต. : อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.95 %																	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา																	
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน > ร้อยละ 3.45</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 3.45</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.95</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.45</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 1.95</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน > ร้อยละ 3.45	2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 3.45	3	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.95	4	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.45	5	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 1.95	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน > ร้อยละ 3.45																	
2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 3.45																	
3	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.95																	
4	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 2.45																	
5	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ร้อยละ 1.95																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 2.05</td><td>อัตรา</td><td>2.20</td><td>1.72</td><td>1,81</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2560	2561	2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 2.05	อัตรา	2.20	1.72	1,81
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ																
		2560	2561	2562														
อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 2.05	อัตรา	2.20	1.72	1,81														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	3,710	61	1.6
	2	ท่าบ่อ	1,419	24	1.7
	3	โพนพิสัย	3,102	59	1.9
	4	ศรีเชียงใหม่	838	25	3.0
	5	สังคม	529	7	1.3
	6	สระใคร	349	15	4.3
	7	เผ่าไร่	1,110	24	2.2
	8	รัตนวาปี	2,549	29	1.1
	9	โพธิ์ตาก	48	2	4.2
	10	พิสัยเวช			
		รวม	13,654	246	1.81
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์		โทร. 089 7102475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 34/28/17	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs (5) อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70			
หน่วยวัด	อัตรา			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน 1. กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปัจุบันประมาณ 2. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในปัจุบันประมาณ type area 1,3			
เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 70			
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC			
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563			
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในปัจุบันประมาณ			
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 30		
	2	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 40		
	3	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 50		
	4	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 60		
	5	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ 50	อัตรา	2560	2561
			2562	
			-	47.96
				67.13

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	1,241	774	62.37
	2	ท่าบ่อ	502	251	50.00
	3	โพนพิสัย	867	644	74.28
	4	ศรีเชียงใหม่	157	116	73.89
	5	สังคม	236	190	80.51
	6	สระใคร	81	68	83.95
	7	เฝ้าไร่	268	212	79.10
	8	รัตนวาปี	241	153	63.49
	9	โพธิ์ตาก	12	12	100.00
	10	พิสัยเวหา			
		รวม	3,605	2,420	67.13
เอกสารอ้างอิง	รายงานจาก HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 34/28/17	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs (6) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) ลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปี 2562					
หน่วยวัด	อัตรา					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ทำ HomeBP) หมายถึง ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg) ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน (HBP) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* แล้ว พบว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg) ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน (HBP) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* ในปีงบประมาณ type area 1,3					
เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปี 2562					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP)					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการทำ Home BP ทั้งหมด ในปีงบประมาณ					
สูตรคำนวณ	$[(B - A)/B] \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.ศค.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) ลดลงร้อยละ 10				
	2	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) ลดลงร้อยละ 15				
	3	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) ลดลงร้อยละ 20				
	4	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) ลดลงร้อยละ 25				
	5	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) ลดลงร้อยละ 30				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30		อัตรา	-	9.01	9.14 เพิ่ม 1.44

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	787	54	6.86
	2	ท่าบ่อ	250	11	4.4
	3	โพนพิสัย	686	103	15.01
	4	ศรีเชียงใหม่	116	8	6.9
	5	สังคม	189	20	10.58
	6	สระใคร	68	2	2.94
	7	เฝ้าไร่	212	13	6.13
	8	รัตนวาปี	153	10	6.54
	9	โพธิ์ตาก	12	5	41.67
	10	พิสัยเวหา	0	0	0
		รวม	2,473	226	9.14
	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	รายใหม่ปี 2562	เป้าหมายปี 2563	
	1	หนองคาย	54	38	
	2	ท่าบ่อ	11	8	
	3	โพนพิสัย	103	72	
	4	ศรีเชียงใหม่	8	6	
	5	สังคม	20	14	
	6	สระใคร	2	1	
	7	เฝ้าไร่	13	9	
	8	รัตนวาปี	10	7	
	9	โพธิ์ตาก	5	4	
	10	พิสัยเวหา	0	0	
		รวม	226	158	
เอกสารอ้างอิง	รายงานจาก HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 34/28/17	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs (7) จังหวัด : ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้น (7) คปสอ. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด : ร้อยละ ระดับ คปสอ. : ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus หมายถึง การปรับปรุง แนวทางการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ครอบคลุม 2 ส่วน ได้แก่ 1.1 การประเมินกระบวนการ ตาม 6 องค์ประกอบ (50 คะแนน) ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 1.2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 11 ตัวชี้วัด (50 คะแนน) กิจกรรมหลักในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus 1) ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้แก่ หน่วยบริการระดับอำเภอ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2) หน่วยบริการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข และจัดทำสรุปผลส่งตามแผนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ในรอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง 3) จังหวัดลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus แก่สถานบริการสาธารณสุข และคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นระดับจังหวัด พร้อมทั้งส่งรายงานผลการดำเนินงานตามแผนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 4) จังหวัดรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ของเครือข่ายบริการสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และจัดทำสรุปผลส่งตามแผนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ในรอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง 2. NCD Clinic Plus หมายถึง คลินิก ศูนย์ เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่กลุ่มประชากร กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ โดยมีการประเมินคุณภาพครอบคลุมทั้งการประเมินกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการบริการ สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F2, F3) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) โดยมุ่งเน้นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วย DM, HT และ กลุ่มป่วย DM, HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ทุก รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้น

วิธีการประเมิน	1. จากรายงานผลการประเมินตนเองคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 และรอบที่ 2 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงประเมินสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย 3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563												
	หมายเหตุ : สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป หมายถึง ผ่านเกณฑ์การประเมิน คะแนน 70-100 คะแนน ร้อยละ 100												
ระดับจังหวัด													
ตัวชี้วัดที่ 1.1	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด												
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>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <70</td></tr> <tr> <td>2</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <70	2	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70	3	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	4	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	5	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <70												
2	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70												
3	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80												
4	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90												
5	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100												
ระดับ คปสอ.	ระดับความสำเร็จของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง												
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนนกระบวนการที่ได้ $\times 50 / 250$												
รายการข้อมูล 2	B = ผลรวมของคะแนนผลลัพธ์ที่ได้ $\times 50 / 250$												
สูตรคำนวณ	A + B												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	หมายเหตุ : สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกณฑ์การตัดสิน ระดับพื้นฐาน = 60 - 69 คะแนน ระดับดี = 70 - 79 คะแนน ระดับดีมาก = 80 - 84 คะแนน ระดับดีเด่น = 85 - 100 คะแนน												

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับควรปรับปรุง				
	2	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับพื้นฐาน				
	3	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดี				
	4	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีมาก				
	5	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีเด่น				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป		ร้อยละ	44.44 (4/9)	66.67 (6/9)	100 (9/9)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ระดับ	
	1	หนองคาย	100	76.60	ดี	
	2	ท่าบ่อ	100	75.80	ดี	
	3	โพนพิสัย	100	89.00	ดีเด่น	
	4	ศรีเชียงใหม่	100	74.00	ดี	
	5	สังคม	100	75.00	ดี	
6	สระใคร	100	80.40	ดีมาก		
7	เผ่าไร่	100	76.40	ดี		
8	รัตนวาปี	100	80.60	ดีมาก		
9	โพธิ์ตาก	100	81.40	ดีมาก		
10	พิสัยเวหา	-	-	-		
	รวม	-	-	-		
เอกสารอ้างอิง	1. แฟ้มเอกสารตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบของ NCD Clinic Plus 2. รายงานผลลัพธ์รายตัวชี้วัด 11 ตัวชี้วัด จำแนกรายตำบล 3. ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 และรอบที่ 2 ปี 2563					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์		โทร. 089 7102475			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105			

ตัวชี้วัดที่ 35/-/-	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไม่เกิน 31.23 ต่อแสนประชากร											
หน่วยวัด	อัตราต่อแสนประชากร											
น้ำหนัก	ร้อยละ											
คำอธิบาย	อัตราตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด (รหัส ICD-10 = C220 – C229)											
	ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือ โคแลงจิโอคาร์ซิโนมา หมายถึง ผู้มีผลการตรวจการทำงานของตับผิดปกติ ปวดท้อง ดีซ่าน น้ำหนักลด และอาจมีอาการคันทั่วไป มีไข้ สีของอุจจาระและปัสสาวะเปลี่ยนไป โรคนี้วินิจฉัยโดยอาศัยผลตรวจเลือด ผลตรวจภาพรังสี ผลการส่องกล้อง และบางครั้งอาจต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดสำรวจ มะเร็งท่อน้ำดีมักปรากฏอาการในระยะท้ายๆ ของโรคซึ่งทำให้เป็นการจำกัดทางเลือกในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็ง ความผิดปกติแต่กำเนิดของตับ การติดเชื้อพยาธิในตับอย่างเช่น พยาธิใบไม้ในตับ Opisthorchisviverrini หรือ Clonorchissinensis การสัมผัสสารที่บ่งชี้บางชนิดเช่น Thorotrast เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่ปรากฏปัจจัยเสี่ยงชัดเจนรหัส ICD-10 = C220-C229											
	เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลง ร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี เปรียบเทียบกับ Baseline ในปี 2558 (32.53 ต่อแสนประชากร)											
	เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ภายในปี 2564											
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2562</td><td>ปีงบประมาณ 2563</td><td>ปีงบประมาณ 2564</td></tr><tr><td>31.53</td><td>31.23</td><td>30.91</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	31.53	31.23	30.91					
ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564										
31.53	31.23	30.91										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร											
เป้าหมาย	ไม่เกิน 31.23 ต่อแสนประชากร											
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์											
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2 : ข้อมูล ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี (รหัส ICD-10 = C220 – C229)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียว											
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100,000											
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน										
	1	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 30.79										
	2	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 30.90										
	3	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 31.01										
	4	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 31.12										
	5	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 31.23										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ								
				2559	2560	2561	2562					
	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี		ร้อยละ	34.98	30.27	30.08	21.83					
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลการตายของ สนย. 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)											
ผู้รับผิดชอบ	1.นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์			โทร. 097-3024137								
	โรงพยาบาลหนองคาย			โทร 042 413456-65								
	2.นางศิริพร มณี			โทร. 09 39797082								
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			โทร 042 413345 ต่อ 105								

ตัวชี้วัดที่ 36/29/18	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี												
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย ระดับ จังหวัด ระดับ คปสอ.	การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดงมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2. สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอบ้านดงมีการดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) 1.1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบคัดกรอง CCA01 ของโครงการ CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program) 1.2 บันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในฐานข้อมูล Isan Cohort สูตรการคำนวณ : (A/B)*100 A : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 B : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr> </tbody> </table> ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5) 2.1 อำเภอที่มีตำบลต้นแบบปี 2563 2.1.1 การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ ในกลุ่มประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไปในตำบลต้นแบบปี 2563 เป้าหมาย 24 ตำบล ละ 905 ราย 2.1.2 ผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ/พยาธิอื่นๆ ได้รับยาฆ่าพยาธิ ให้สุศึกษา 2.1.3 ผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามพฤติกรรมโดยแบบบันทึกพฤติกรรมกรกิน ในสัปดาห์แรก, สัปดาห์ที่สอง, หนึ่งเดือน และสองเดือนตามลำดับ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												

2.1.4 บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort
ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2559-2562

อำเภอ	เป้าหมาย (ราย)	ปี 2559					ปี 2560				
		ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	พบ พยาธิ ใบไม้ ดับ	ร้อยละ	ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	พบพยาธิ ใบไม้ดับ	ร้อยละ
เมือง	905						วัดธาตุ	909	100	21	2.31
ท่าบ่อ	905	น้ำโมง	905	100	8	0.8					
โพนพิสัย	905	จุมพล	976	107	18	1.84					
ศรีเชียงใหม่	905	พระพุทธรูป	905	100	15	1.65					
สังคม	905						แก้งไก่อ	745	82.32	32	4.29
สระใคร	905						คอกช้าง	887	98.01	13	1.46
เผ่าไร่	905						หนองหลวง	752	83.09	45	5.98
รัตนวาปี	905	บ้านดอน	973	102	18	1.84					
โพธิ์ตาก	905						โพธิ์ตาก	679	75.02	16	2.35
รวม	8,145	4 ตำบล	3,759	103.6	59	1.56	5 ตำบล	3,972	87.78	127	3.19

อำเภอ	เป้าหมาย (ราย)	ปี 2561					ปี 2562				
		ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	พบพยาธิ ใบไม้ดับ	ร้อยละ	ตำบล	ผลงาน	ร้อยละ	พบพยาธิ ใบไม้ดับ	ร้อยละ
เมือง	905	หนองกอม เกาะ	915	101	16	1.74					
ท่าบ่อ	905	บ้านถ่อน	914	100.9	3	0.32	ท่าบ่อ	909	100.4	20	7.72
							บ้านวาน	920	101	28	2.20
							โคกคอน	905	100	37	4.19
							นาข้า	905	100	38	4.08
โพนพิสัย	905	กุดบง	924	102	71	7.68	วัดหลวง	1,139	125	88	3.04
ศรีเชียงใหม่	905	พานพร้าว	616	68.06	4	0.64	หนองปลาปาก	919	101	45	4.89
							บ้านหม้อ	905	100	30	3.31
สังคม	905	นาจั่ว	751	82.9	7	0.72	ผาดัง	651	71.49	18	2.78
สระใคร	905	ฝาง	825	91.16	7	0.72					
เผ่าไร่	905	เผ่าไร่	905	100	30	3.31					
รัตนวาปี	905	รัตนวาปี	799	88.2	42	2.48	นาทับไย	905	100	20	2.20
โพธิ์ตาก	905	โพนทอง	744	82.2	21	2.82	ด่านศรีสุข	845	93.77	18	2.13
รวม	8,145	9 ตำบล	7,393	90.76	201	2.71	10 ตำบล	9,003	99.48	342	3.80

ตำบลต้นแบบปี 2563 จำนวน 24 ตำบล

อำเภอ	ตำบล
เมือง	1. เวียงคุก 2. ปะโค 3. หินโงม 4.บ้านเตื่อ 5. สีกาย 6. ในเมือง 7. ค่ายบกหวาน 8. โพนสว่าง 9. โพธิ์ชัย
ท่าบ่อ	10. โพนสา 11. หนองนาง 12. กองนาง 13. บ้านเตื่อ
โพนพิสัย	14. บ้านผือ 15. นาหนัง 16. โพธิ์ 17. เข็ม 18. ทุ่งหลวง 19. เหล่าต่างคำ
สังคม	20. สังคม
สระใคร	21. สระใคร
เผ่าไร่	22. นาดี 23. วังหลวง
รัตนวาปี	24. พระบาทนาสิงห์

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A : จำนวนกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ดับ (คน)

B : จำนวนเป้าหมายที่กำหนด 905 ราย

	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	กลุ่มเป้าหมายได้รับการผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80-84 มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	2	กลุ่มเป้าหมายได้รับการผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 85-89 มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	3	กลุ่มเป้าหมายได้รับการผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 90-94 มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	4	กลุ่มเป้าหมายได้รับการผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 95-99 มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	5	กลุ่มเป้าหมายได้รับการผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน

2.2 อำเภอที่ไม่มีตำบลต้นแบบปี 2563

2.2.1 มีรายงานสรุปสถานการณ์ ตามแบบฟอร์ม (คะแนนเต็ม 5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
0	ไม่มีรายงานสรุปสถานการณ์
3	มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มแต่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน
5	มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ เป้าหมาย ร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 10)

3.1 การตรวจอัลตราซาวด์ในประชากรที่อายุ 40 ปีขึ้นไปและมีปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี 1 ข้อ จากการคัดกรองด้วยวาจา (CCA01) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563

3.2 โรงพยาบาลมีแพทย์ที่สามารถทำงานขับเคลื่อนการตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีอย่างน้อย 2 คน

3.3 บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort

3.4 ผู้ป่วยที่ตรวจอัลตราซาวด์พบตับและท่อน้ำดีผิดปกติ ต้องได้รับการอัลตราซาวด์ซ้ำภายใน 6 เดือน เช่น พังพืดระดับ 2 (PDF 2)

ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี มีดังนี้

1. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
2. ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ
3. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี

วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography) เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน และต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2559-2562

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2559				ปีงบประมาณ 2560			
	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์
เมือง	58,195	47,364	81.39	1,259	61,052	41,906	68.64	2,429
ท่าบ่อ	31,392	26,438	84.22	1,368	30,354	26,742	88.1	1,545
โพนพิสัย	32,270	29,703	92.05	2,209	34,930	30,403	87.04	3,090
ศรีเชียงใหม่	4,596	3,977	86.53	767	10,035	8,872	88.41	188
สังคม	7,183	5,721	79.65	0	10,263	7,600	74.05	131
สระใคร	9,323	7,412	79.5	177	8,219	7,703	93.72	358
เผ่าไร่	1,524	12,880	82.97	282	16,572	13,403	80.88	953
รัตนวาปี	16,183	15,171	93.75	585	15,454	14,051	90.92	111
โพธิ์ตาก	5,145	4,351	84.57	583	5,789	5,619	97.06	804
รวม	179,811	153,017	85.1	7,223	192,668	156,299	81.12	9,609

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2561				ปีงบประมาณ 2562			
	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์
เมือง	55,665	30,103	54.08	1,399	50,472	36,675	72.66	2,269
ท่าบ่อ	29,873	27,678	88.6	1,321	30,577	29,960	97.97	1,197
โพนพิสัย	29,792	27,597	92.63	1,143	30,577	28,363	92.75	1,146
ศรีเชียงใหม่	9,334	7,741	82.9	312	9,858	6,567	66.61	599
สังคม	10,087	4,440	44.02	584	10,133	9,599	94.73	465
สระใคร	8,100	7,753	95.7	405	8,504	8,504	100	401
เผ่าไร่	16,345	14,032	85.84	413	15,832	14,066	88.84	460
รัตนวาปี	14,225	12,352	86.8	320	13,992	12,556	89.73	329
โพธิ์ตาก	5,399	5,300	98.1	627	5,498	5,498	100	541
รวม	178,820	130,256	72.8	6,524	175,449	151,788	86.52	7,419

สูตรการคำนวณ : (A/B)*100

A : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

B : เป้าหมายตรวจอัลตราซาวด์ที่อำเภอได้รับจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	โรงพยาบาลมีแพทย์ที่สามารถทำงานขับเคลื่อนการตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี อย่างน้อย 2 คน	2
2	มีข้อ 1 และ ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 85	4
3	มีข้อ 1 และ ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 90	6
4	มีข้อ 1 และ ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 95	8
5	มีข้อ 1 และ ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 100	10

ขั้นตอนที่ 4 อำเภอมีตำบลต้นแบบที่ดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ (คะแนนเต็ม 10)

กิจกรรมที่ 1. ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดตั้งปฏิรูปเพื่อแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรมที่.2 ตำบลต้นแบบปี 59-63 โรงเรียนที่ผ่านการอบรม เรื่องการจัดการเรียนการสอน หน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสิ่งช่วงชั้น มีการจัดการเรียนการสอนเรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กิจกรรมที่.3 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีธรรมนูญสุขภาพหรือมาตรการทางสังคมที่ชุมชนจัดตั้ง ขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีการ ดำเนินงานตามธรรมนูญ/มาตรการที่ตั้งไว้

กิจกรรมที่.4 ตำบลต้นแบบปี 59-63 สร้างความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน ประชาชน ร้านค้า แผงลอย เด็กเยาวชน ให้เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ความรู้และบริการ สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่.5 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โรคพยาธิใบไม้และมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆในชุมชน เช่น หอกระจายข่าวในชุมชน, วิทยุ ชุมชน เป็นต้น

กิจกรรมที่.6 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การไม่กินปลาดิบใน ชุมชน โดยใช้วิธีตามบริบทของพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น การผูกเสี่ยวกับดินดิบ, 1 บ้าน 1 อสม., บันทึก ข้อตกลงสัญญาใจ “ไม่กินปลาดิบ”, ปฏิทินสำรวจมื้ออาหาร, นักสืบพาข้าว, อื่นๆ

กิจกรรมที่.7 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีบุคคลต้นแบบการไม่กินปลาดิบ

กิจกรรมที่.8 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการดำเนินงานกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม./เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข)

มาตรการทางสังคม คือ วิธีการหรือ กระบวนการ กฎ กติกา ที่มีการตกลงหรือมีพันธะที่จะถือ ปฏิบัติร่วมกันของชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มีกิจกรรม 4 ข้อ	2
2	มีกิจกรรม 5 ข้อ	4
3	มีกิจกรรม 6 ข้อ	6
4	มีกิจกรรม 7 ข้อ	8
5	มีกิจกรรม 8 ข้อ	10

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

5.1 ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ระยะที่ 1,2,3 และ 4

5.2 กลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีผลอัลตราซาวด์ผิดปกติ ดังต่อไปนี้

1) พังพืดระดับ 1, ระดับ 2 และ ระดับ 3 (PDF 1, PDF 2 และ PDF 3),

2) มีก้อนที่ตับ (Liver Mass) และ

3) ท่อน้ำดีขยาย (Dilate Bile Duct)

สูตรการคำนวณ : (A/B)*100

A : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ระยะที่ 1,2,3,4 และกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มี ผลอัลตราซาวด์ผิดปกติ (ข้อ 5.2) ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน

B : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ระยะที่ 1,2,3,4 และกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มี ผลอัลตราซาวด์ผิดปกติ (ข้อ 5.2) ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ

	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 75-79</td></tr><tr><td>2</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80-84</td></tr><tr><td>3</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 85-89</td></tr><tr><td>4</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90-94</td></tr><tr><td>5</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 95-100</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 75-79	2	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80-84	3	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 85-89	4	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90-94	5	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 95-100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 75-79												
2	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80-84												
3	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 85-89												
4	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90-94												
5	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 95-100												
คำอธิบาย ระดับ รพ.สต.	การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอ/ตำบลมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ในรูปแบบของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2. สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอ/ตำบลมีการดำเนินงานตามกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) 1.1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบคัดกรอง CCA01 ของโครงการ CASCAP (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program) 1.2 บันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในฐานข้อมูล Isan Cohort สูตรการคำนวณ : (A/B)*100 A : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 B : ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr><tr><td>2</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr><tr><td>3</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr><tr><td>4</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr><tr><td>5</td><td>ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)</td></tr></table> ขั้นตอนที่ 2 (5 คะแนน) 2.1 ตำบลต้นแบบปี 2563 จำนวน 24 ตำบล 2.1.1 กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 2.1.2 มีรายงานสรุปสถานการณ์ ตามแบบฟอร์ม เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)	5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 40 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
2	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 50 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
3	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 60 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
4	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 70 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												
5	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา CCA01 ร้อยละ 80 (สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2563)												

	ตำบลต้นแบบปี 2563 จำนวน 24 ตำบล	
	อำเภอ	ตำบล
	เมือง	1. เวียงคุก 2. ปะโค 3. หินโงม 4.บ้านเตื่อ 5. สีกาย 6. ในเมือง 7. ค่ายบกหวาน 8. โพนสว่าง 9. โพธิ์ชัย
	ท่าบ่อ	10. โพนสา 11. หนองนาง 12. กองนาง 13. บ้านเตื่อ
	โพนพิสัย	14. บ้านผือ 15. นาหนัง 16. โพธิ์ 17. เข็ม 18. พุ่งหลวง 19. เหล่าต่างคำ
	สังคม	20. สังคม
	สระใคร	21. สระใคร
	เผ่าไร่	22. นาดี 23. วังหลวง
	รัตนวาปี	24. พระบาทนาสิงห์
	สูตรการคำนวณ : (A/B)*100	
	A : จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (คน)	
	B : จำนวนเป้าหมายที่กำหนด 905 ราย	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	- กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80-84 - มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	2	- กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 85-89 - มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	3	- กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 90-94 - มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	4	- กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 95-99 - มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
	5	- กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 - มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
2.2 ตำบลที่ไม่ใช่ตำบลต้นแบบปี 2563 จำนวน 38 ตำบล		
2.2.1 มีรายงานสรุปสถานการณ์ ตามแบบฟอร์ม		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	0	ไม่มีรายงานสรุปสถานการณ์
	3	มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มแต่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน
	5	มีรายงานสรุปสถานการณ์ตามแบบฟอร์มและมีข้อมูลครบถ้วน
ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ เป้าหมาย ร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 10)		
3.1 การตรวจอัลตราซาวด์ในประชากรที่อายุ 40 ปีขึ้นไปและมีปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี 1 ข้อ จากการคัดกรองด้วยวาจา (CCA01) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563		
3.2 ผู้ป่วยที่ตรวจอัลตราซาวด์พบตับและท่อน้ำดีผิดปกติ ต้องได้รับการอัลตราซาวด์ซ้ำภายใน 6 เดือน เช่น พังพืดระดับ 2 (PDF 2)		
3.3 บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort		
ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี มีดังนี้		
1. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ		
2. ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ		
3. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี		

วิธีอัลตราซาวด์ (ultrasonography) เป็นวิธีมาตรฐานเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน และต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย

ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2559-2562

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2559				ปีงบประมาณ 2560			
	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์
เมือง	58,195	47,364	81.39	1,259	61,052	41,906	68.64	2,429
ท่าบ่อ	31,392	26,438	84.22	1,368	30,354	26,742	88.1	1,545
โพนพิสัย	32,270	29,703	92.05	2,209	34,930	30,403	87.04	3,090
ศรีเชียงใหม่	4,596	3,977	86.53	767	10,035	8,872	88.41	188
สังคม	7,183	5,721	79.65	0	10,263	7,600	74.05	131
สระใคร	9,323	7,412	79.5	177	8,219	7,703	93.72	358
เผ่าไร่	1,524	12,880	82.97	282	16,572	13,403	80.88	953
รัตนวาปี	16,183	15,171	93.75	585	15,454	14,051	90.92	111
โพธิ์ตาก	5,145	4,351	84.57	583	5,789	5,619	97.06	804
รวม	179,811	153,017	85.1	7,223	192,668	156,299	81.12	9,609

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2561				ปีงบประมาณ 2562			
	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์	อายุ 40 ปีขึ้นไป	คัดกรองด้วยวาจา	ร้อยละ	ตรวจอัลตราซาวด์
เมือง	55,665	30,103	54.08	1,399	50,472	36,675	72.66	2,269
ท่าบ่อ	29,873	27,678	88.6	1,321	30,577	29,960	97.97	1,197
โพนพิสัย	29,792	27,597	92.63	1,143	30,577	28,363	92.75	1,146
ศรีเชียงใหม่	9,334	7,741	82.9	312	9,858	6,567	66.61	599
สังคม	10,087	4,440	44.02	584	10,133	9,599	94.73	465
สระใคร	8,100	7,753	95.7	405	8,504	8,504	100	401
เผ่าไร่	16,345	14,032	85.84	413	15,832	14,066	88.84	460
รัตนวาปี	14,225	12,352	86.8	320	13,992	12,556	89.73	329
โพธิ์ตาก	5,399	5,300	98.1	627	5,498	5,498	100	541
รวม	178,820	130,256	72.8	6,524	175,449	151,788	86.52	7,419

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A : จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

B : เป้าหมายตรวจอัลตราซาวด์ที่ตำบลได้รับจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 80	2
2	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 85	4
3	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 90	6
4	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 95	8
5	ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 100	10

ขั้นตอนที่ 4 ตำบลมีการดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้ (คะแนนเต็ม 10)

4.1 กรณีตำบลต้นแบบ ปี 59-63 มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1. ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการกำจัดสิ่งปฏิกูลเพื่อกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมที่ 2. ตำบลต้นแบบปี 59-63 โรงเรียนที่ผ่านการอบรม เรื่องการจัดการเรียนการสอน หน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสี่ช่วงชั้น มีการจัดการเรียนการสอน

เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กิจกรรมที่.3. ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีธรรมนูญสุขภาพหรือมาตรการทางสังคมที่ชุมชน จัดตั้งขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีการดำเนินงานตามธรรมนูญ/มาตรการที่ตั้งไว้

กิจกรรมที่.4 ตำบลต้นแบบปี 59-63 สร้างความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชน ร้านค้า แผงลอย เด็กเยาวชน ให้เข้าถึง เข้าใจ ประเมินและปรับใช้ความรู้และบริการ สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่.5 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โรคพยาธิใบไม้และมะเร็ง ท่อน้ำดีในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆในชุมชน เช่น หอกระจายข่าวในชุมชน, วิทยุชุมชน เป็นต้น

กิจกรรมที่.6 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การไม่กินปลาดิบ ในชุมชน โดยใช้วิธีตามบริบทของพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น การผูกเสี่ยวบกินดิบ, 1 บ้าน 1 อสม., บันทึกข้อตกลงสัญญาใจ “ไม่กินปลาดิบ”, ปฏิทินสำรวจมื้ออาหาร, นักสืบพาข้าว, อื่นๆ

กิจกรรมที่.7 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีบุคคลต้นแบบการไม่กินปลาดิบ

กิจกรรมที่.8 ตำบลต้นแบบปี 59-63 มีการดำเนินงานกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม./เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข)

มาตรการทางสังคม คือ วิธีการหรือ กระบวนการ กฎ กติกา ที่มีการตกลงหรือมีพันธะที่จะ ถือปฏิบัติร่วมกันของชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มีกิจกรรม 4 ข้อ	2
2	มีกิจกรรม 5 ข้อ	4
3	มีกิจกรรม 6 ข้อ	6
4	มีกิจกรรม 7 ข้อ	8
5	มีกิจกรรม 8 ข้อ	10

4.2 กรณีไม่ใช่ตำบลต้นแบบ ปี 2559-2563 มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่.1 มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โรคพยาธิใบไม้และมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ผ่าน ช่องทางสื่อสารต่างๆในชุมชน เช่น หอกระจายข่าวในชุมชน, วิทยุชุมชน เป็นต้น

กิจกรรมที่.2 ให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ อสม.,ประชาชน และกลุ่ม เสี่ยง

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
0	ไม่มีการดำเนินกิจกรรม	0
3	มีกิจกรรม 1 ข้อ	5
5	มีกิจกรรม 2 ข้อ	10

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

5.1 ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ระยะที่ 1,2,3 และ 4

5.2 กลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีผลอัลตราซาวด์ผิดปกติ ดังต่อไปนี้

1) พังพืดระดับ 1, ระดับ 2 และ ระดับ 3 (PDF 1, PDF 2 และ PDF 3),

2) มีก้อนที่ตับ (Liver Mass) และ

	3) ท่อน้ำดีขยาย (Dilate Bile Duct) สูตรการคำนวณ : $(A/B)*100$ A : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดี ระยะที่ 1,2,3,4 และกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดีที่มีผลอัลตราซาวด์ผิดปกติ (ข้อ 5.2) ได้รับการติดตามเฝ้าระวัง B : จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดี ระยะที่ 1,2,3,4 และกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดีที่มีผลอัลตราซาวด์ผิดปกติ (ข้อ 5.2) ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 75-79</td></tr><tr><td>2</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 80-84</td></tr><tr><td>3</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 85-89</td></tr><tr><td>4</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 90-94</td></tr><tr><td>5</td><td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 95-100</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 75-79	2	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 80-84	3	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 85-89	4	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 90-94	5	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 95-100												
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																											
1	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 75-79																											
2	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 80-84																											
3	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 85-89																											
4	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 90-94																											
5	กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ร้อยละ 95-100																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์																											
เป้าหมาย	ระดับ 5																											
วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยง ผลการตรวจอัลตราซาวด์ ผลการตรวจอุจจาระ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้สุขศึกษา ดูจากฐานข้อมูล Isan Cohort 2. หลักฐานอื่นๆ จากแผนงาน, เอกสารหลักฐาน และกิจกรรมเชิงประจักษ์																											
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 (ขั้นตอนที่ 1-3 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort) คะแนนเต็ม 20 รอบที่ 2 : มีนาคม 2563 – กรกฎาคม 2563 (ขั้นตอนที่ 1-5 ดูในฐานข้อมูล Isan Cohort) คะแนนเต็ม 35																											
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนรวม ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5																											
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัดระดับ คปสอ.ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>คะแนนรวม</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>1</td><td>คะแนนรวม</td><td>11-12</td><td>21-23</td></tr><tr><td>2</td><td>คะแนนรวม</td><td>13-14</td><td>24-26</td></tr><tr><td>3</td><td>คะแนนรวม</td><td>15-16</td><td>27-29</td></tr><tr><td>4</td><td>คะแนนรวม</td><td>17-18</td><td>30-32</td></tr><tr><td>5</td><td>คะแนนรวม</td><td>19-20</td><td>33-35</td></tr></table>				ระดับความสำเร็จ	คะแนนรวม	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	คะแนนรวม	11-12	21-23	2	คะแนนรวม	13-14	24-26	3	คะแนนรวม	15-16	27-29	4	คะแนนรวม	17-18	30-32	5	คะแนนรวม	19-20	33-35
ระดับความสำเร็จ	คะแนนรวม	รอบที่ 1	รอบที่ 2																									
1	คะแนนรวม	11-12	21-23																									
2	คะแนนรวม	13-14	24-26																									
3	คะแนนรวม	15-16	27-29																									
4	คะแนนรวม	17-18	30-32																									
5	คะแนนรวม	19-20	33-35																									

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																										
				2559	2560	2561	2562																																																							
	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5	5																																																							
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปีงบประมาณ 2562																																																														
<table><tr><th>ลำดับ</th><th>อำเภอ</th><th>คะแนนเต็ม</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ระดับ ความสำเร็จ</th></tr><tr><td>1</td><td>เมือง</td><td>35</td><td>34</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>35</td><td>33</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr><tr><td>รวม</td><td>จังหวัดหนองคาย</td><td>35</td><td>35</td><td>5</td></tr></table>								ลำดับ	อำเภอ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ระดับ ความสำเร็จ	1	เมือง	35	34	5	2	ท่าบ่อ	35	35	5	3	โพนพิสัย	35	35	5	4	ศรีเชียงใหม่	35	33	5	5	สังคม	35	35	5	6	สระใคร	35	35	5	7	เผ่าไร่	35	35	5	8	รัตนวาปี	35	35	5	9	โพธิ์ตาก	35	35	5	รวม	จังหวัดหนองคาย	35	35	5
ลำดับ	อำเภอ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ระดับ ความสำเร็จ																																																										
1	เมือง	35	34	5																																																										
2	ท่าบ่อ	35	35	5																																																										
3	โพนพิสัย	35	35	5																																																										
4	ศรีเชียงใหม่	35	33	5																																																										
5	สังคม	35	35	5																																																										
6	สระใคร	35	35	5																																																										
7	เผ่าไร่	35	35	5																																																										
8	รัตนวาปี	35	35	5																																																										
9	โพธิ์ตาก	35	35	5																																																										
รวม	จังหวัดหนองคาย	35	35	5																																																										
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Isan Cohort) 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) 4. สรุปรายงานเชิงประจักษ์																																																													
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร. 093-9797082																																																										
	งานมะเร็ง กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด			โทร. 0 4242 923 ต่อ 105																																																										

แบบบันทึกพฤติกรรมการกิน

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี
 ที่อยู่.....

คำชี้แจง ในแต่ละวันขอให้ท่านได้บันทึกพฤติกรรมการกินตามความเป็นจริง ดังนี้
 ไม่กิน หมายถึง ไม่กินอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ
 กิน หมายถึง กินอาหารจากปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ

และถ้าท่านกินในวันนั้น ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

11

[illegible]

ตัวชี้วัดที่ 37/-/-	RTI (Road Traffic Injury) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน																										
หน่วยวัด	อัตรา																										
น้ำหนัก	ร้อยละ																										
คำอธิบาย	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิต ในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป และกำหนดให้ปี 2564 อัตราการเสียชีวิตไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 (ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) ในรอบ 9 เดือน หรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดการณ์ว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน) กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ในปีงบประมาณ 2563 จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 22 ต่อประชากรแสนคนโดยใช้ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2560-2563 เน้นใน 4 ด้าน (1.) ด้านการบริหารจัดการ (2.) การจัดการข้อมูล (3.) ด้านการป้องกัน (4.) ด้านการรักษา																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดหนองคาย																										
เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 22 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน)																										
วิธีการประเมิน	การคำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมิน เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูล 3 ฐานของจังหวัดหนองคายในปีนั้น																										
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																										
ระดับจังหวัด	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อแสนประชากร น้อยกว่า 11 (รอบที่ 1) , 22 (รอบที่ 2)																										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (จากข้อมูล 3 ฐาน)																										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี																										
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)																										
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อประชากรแสนคน)</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</td><td>≤ 17</td><td>≤ 34</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</td><td>≤ 15.5</td><td>≤ 31</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</td><td>≤ 14</td><td>≤ 28</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</td><td>≤ 12.5</td><td>≤ 25</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</td><td>≤ 11</td><td>≤ 22</td></tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อประชากรแสนคน)	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 17	≤ 34	2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 15.5	≤ 31	3	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 14	≤ 28	4	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 12.5	≤ 25	5	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 11	≤ 22
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อประชากรแสนคน)	รอบที่ 1	รอบที่ 2																								
1	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 17	≤ 34																								
2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 15.5	≤ 31																								
3	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 14	≤ 28																								
4	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 12.5	≤ 25																								
5	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 11	≤ 22																								

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2559	2560	2561	2562
	- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อแสนประชากร)		อัตรา	149 (29.6) (3 ฐาน) 519,580	184 (35.36) (3 ฐาน) 520,363	122 (23.38) (3 ฐาน) (521,886)	144 (27.58) (3 ฐาน) (522,103)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561-2562						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2561		ปี 2562	
				ผลงาน	อัตรา	ผลงาน	อัตรา
	1	เมืองหนองคาย	150,818	48	31.87	48	31.83
	2	ท่าบ่อ	82,881	21	25.28	23	27.75
	3	โพนพิสัย	98,915	23	23.27	36	36.39
	4	ศรีเชียงใหม่	30,905	6	19.42	11	35.59
5	สังคม	25,357	6	23.72	6	23.66	
6	สระใคร	26,861	2	7.47	3	11.17	
7	เผ่าไร่	52,311	8	15.31	7	13.38	
8	รัตนวาปี	38,739	7	18.06	7	18.07	
9	โพธิ์ตาก	15,316	1	6.52	3	19.59	
	รวม	522,103	122	23.38	144	27.58	
เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) ของจังหวัด 2) โปรแกรมรายงาน PHER ACCIDENT กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3) โปรแกรมรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แฟ้ม (รหัส ICD-10 = V01-V89) /HDC และจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข						
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวเนตรนภา อินเสมียน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์. : 081-2631549 e-mail : netrenin@gmail.com			
	2. นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com			
	3. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย			โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026			

ตัวชี้วัดที่ 38/30/-	จังหวัด : ความสำเร็จการดำเนินการกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน คปสอ. : ระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป																							
หน่วยวัด	ร้อยละ (จังหวัด) จำนวนกิจกรรมในระดับดีมากขึ้นไป (คปสอ.)																							
น้ำหนัก	ร้อยละ (จังหวัด) /จำนวนกิจกรรมในระดับดีมากขึ้นไป (คปสอ.)																							
คำอธิบาย	แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เน้น 4 ด้าน (1) ด้านการบริหารจัดการ (2) การจัดการข้อมูล (3) ด้านการป้องกัน (4) ด้านการรักษา การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} ปี 2563 ดังนี้ การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI^{+Plus}) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ โดยเกิดจากร่วมกันเลือกประเด็นปัญหาของอำเภอ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นปัญหา เพื่อไปสู่มาตรการป้องกัน พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผล กรอบการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus} : มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 9 กิจกรรม โดยมีเกณฑ์การดำเนินงานระดับดีมาก (Excellent) และดีเยี่ยม (Advanced) รายละเอียดตามหนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกัน การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ ปี พ.ศ.2563” สามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com) <table><tr><th>กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}</th><th>ระดับดีมาก (Excellent)</th><th>ระดับดีเยี่ยม (Advanced)</th></tr><tr><td>1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ)</td><td>มากกว่า 3 ครั้ง/ปี</td><td>มากกว่า 5 ครั้ง/ปี</td></tr><tr><td>2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง</td><td>ย้อนหลังมากกว่า 3 ปี</td><td>ย้อนหลังมากกว่า 5 ปี</td></tr><tr><td>3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix</td><td>มากกว่า 3 ครั้ง/ปี</td><td>มากกว่า 5 ครั้ง/ปี</td></tr><tr><td>4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์หารากปัญหาได้</td><td>มากกว่า 3 ประเด็น</td><td>มากกว่า 5 ประเด็น</td></tr><tr><td>5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม</td><td>มากกว่า 3 เป้าหมาย</td><td>มากกว่า 5 เป้าหมาย</td></tr><tr><td>6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (problem tree)</td><td>มากกว่า 3 ทีม</td><td>มากกว่า 5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ</td></tr></table>			กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเยี่ยม (Advanced)	1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ)	มากกว่า 3 ครั้ง/ปี	มากกว่า 5 ครั้ง/ปี	2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง	ย้อนหลังมากกว่า 3 ปี	ย้อนหลังมากกว่า 5 ปี	3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix	มากกว่า 3 ครั้ง/ปี	มากกว่า 5 ครั้ง/ปี	4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์หารากปัญหาได้	มากกว่า 3 ประเด็น	มากกว่า 5 ประเด็น	5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม	มากกว่า 3 เป้าหมาย	มากกว่า 5 เป้าหมาย	6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (problem tree)	มากกว่า 3 ทีม	มากกว่า 5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ
กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเยี่ยม (Advanced)																						
1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ)	มากกว่า 3 ครั้ง/ปี	มากกว่า 5 ครั้ง/ปี																						
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง	ย้อนหลังมากกว่า 3 ปี	ย้อนหลังมากกว่า 5 ปี																						
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix	มากกว่า 3 ครั้ง/ปี	มากกว่า 5 ครั้ง/ปี																						
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์หารากปัญหาได้	มากกว่า 3 ประเด็น	มากกว่า 5 ประเด็น																						
5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม	มากกว่า 3 เป้าหมาย	มากกว่า 5 เป้าหมาย																						
6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (problem tree)	มากกว่า 3 ทีม	มากกว่า 5 ทีม หรือทุกตำบลในอำเภอ																						

	7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	มากกว่า 3 มาตรการ	มากกว่า 5 มาตรการ
	8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (black spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety zone)	มากกว่า 3 จุด/Zone	มากกว่า 5 จุด/Zone
	9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผล เปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต,การบาดเจ็บและจำนวน ครั้งการเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลมาตรการ เฉพาะบาง มาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์)	1 ฉบับ มีการ ประเมินภาพรวม	1 ฉบับ มีการ ประเมินภาพรวม และมาตรการ เฉพาะ
	หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ 9 กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับที่วัดผลผลิตหรือผลลัพธ์ได้ สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของ คณะกรรมการประเมิน	ดำเนินการใน 9 กิจกรรม ได้ 80 คะแนน ใน 100 คะแนน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.แต่ละอำเภอในจังหวัดหนองคาย		
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป ร้อยละ 80 ระดับคปสอ. : ผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป		
วิธีการประเมิน	ประเมินตามแบบประเมินกรอบการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus} : มีรอบกิจกรรมดำเนินงาน 9 กิจกรรม โดยใช้ เกณฑ์การดำเนินงาน ระดับดีมาก (Excellent)		
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563		
ระดับจังหวัด	ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus}		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	ระดับจังหวัด : A/B *100		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 : ยังไม่ประเมิน		
	รอบที่ 2 : อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ 80)		
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 4 อำเภอ	
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 5 อำเภอ	
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 6 อำเภอ	
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 7 อำเภอ	
5	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 8 อำเภอ		
ระดับคปสอ.	การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ(D-RTI ^{+Plus}) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent)		
รายการข้อมูล	ระดับคปสอ. จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ในระดับดีมาก (Excellent)		
สูตรคำนวณ	ระดับคปสอ : นับกิจกรรมที่ดำเนินการและผ่านในระดับดีมาก (Excellent)		

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนนรอบที่ 1 (กิจกรรม)																																																																																				
	1		มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 1, 9																																																																																				
	2		ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 2 กิจกรรม																																																																																				
	3		ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 4 กิจกรรม																																																																																				
	4		ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 6 กิจกรรม																																																																																				
	5		ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 7 กิจกรรม																																																																																				
	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนนรอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent) (กิจกรรม)																																																																																				
	1		มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 5 กิจกรรม																																																																																				
	2		มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 6 กิจกรรม																																																																																				
	3		มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 7 กิจกรรม																																																																																				
	4		มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 8 กิจกรรม																																																																																				
	5		มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 9 กิจกรรม																																																																																				
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																																		
			2560	2561	2562																																																																																		
ผ่านการประเมิน D-RTI ^{Plus} ระดับดี (Good) /ระดับดีมาก (Excellent) /ระดับดีเยี่ยม (Advanced)		ดีมาก	2/0/0	5/4/0	0/8/1																																																																																		
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561 - 2562																																																																																							
<table><tr><th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">คปสอ.</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="2">ปี 2561</th><th colspan="2">ปี 2562</th></tr><tr><th>ผลงาน</th><th>ระดับ</th><th>ผลงาน</th><th>ระดับ</th></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>100</td><td>85</td><td>ดีมาก</td><td>80</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>100</td><td>73</td><td>ดี</td><td>80</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>100</td><td>89</td><td>ดีมาก</td><td>90</td><td>ดีเยี่ยม</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>100</td><td>91</td><td>ดีมาก</td><td>85</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>100</td><td>83</td><td>ดี</td><td>80</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>100</td><td>80</td><td>ดีมาก</td><td>85</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>100</td><td>75</td><td>ดี</td><td>80</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>100</td><td>66</td><td>ดี</td><td>80</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>100</td><td>89</td><td>ดี</td><td>82</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>100</td><td>81.22</td><td>G5/E4/E0</td><td>82.44</td><td>G0/E8/A1</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2561		ปี 2562		ผลงาน	ระดับ	ผลงาน	ระดับ	1	หนองคาย	100	85	ดีมาก	80	ดีมาก	2	ท่าบ่อ	100	73	ดี	80	ดีมาก	3	โพนพิสัย	100	89	ดีมาก	90	ดีเยี่ยม	4	ศรีเชียงใหม่	100	91	ดีมาก	85	ดีมาก	5	สังคม	100	83	ดี	80	ดีมาก	6	สระใคร	100	80	ดีมาก	85	ดีมาก	7	เผ่าไร่	100	75	ดี	80	ดีมาก	8	รัตนวาปี	100	66	ดี	80	ดีมาก	9	โพธิ์ตาก	100	89	ดี	82	ดีมาก		รวม	100	81.22	G5/E4/E0	82.44	G0/E8/A1
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2561		ปี 2562																																																																																		
			ผลงาน	ระดับ	ผลงาน	ระดับ																																																																																	
1	หนองคาย	100	85	ดีมาก	80	ดีมาก																																																																																	
2	ท่าบ่อ	100	73	ดี	80	ดีมาก																																																																																	
3	โพนพิสัย	100	89	ดีมาก	90	ดีเยี่ยม																																																																																	
4	ศรีเชียงใหม่	100	91	ดีมาก	85	ดีมาก																																																																																	
5	สังคม	100	83	ดี	80	ดีมาก																																																																																	
6	สระใคร	100	80	ดีมาก	85	ดีมาก																																																																																	
7	เผ่าไร่	100	75	ดี	80	ดีมาก																																																																																	
8	รัตนวาปี	100	66	ดี	80	ดีมาก																																																																																	
9	โพธิ์ตาก	100	89	ดี	82	ดีมาก																																																																																	
	รวม	100	81.22	G5/E4/E0	82.44	G0/E8/A1																																																																																	
เอกสารอ้างอิง	หนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในระดับอำเภอ ปี 2563” และสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข																																																																																						
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวเนตรนภา อินเสมียน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 081-2631549 e-mail : netrenin@gmail.com																																																																																				
	2. นายมนตรี ดิษฐสุริย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com																																																																																				
	3. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com																																																																																				
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิต และยาเสพติด ติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026																																																																																				

การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} ปี 2563 ดังนี้

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

กรอบการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}: มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 9 กิจกรรม โดยอำเภอดำเนินการป้องกันการอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} อย่างน้อย 80 ใน 100 คะแนน จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent) / ระดับดีเยี่ยม (Advanced) รายละเอียดตามหนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในระดับอำเภอปี 2563” และสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com

กิจกรรม D-RTI ^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์ระดับผลงาน
1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขา (พขอ./ศปถ.อำเภอ) (รวม 10 คะแนน)	มีการจัดตั้งคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ (core team)ภายใต้ ศปถ.อำเภอ หรือ พขอ. (5 คะแนน) มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การประเมินแบบมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพของอำเภอ (พขอ./ศปถ.อำเภอ/ศปถ.อปท.) (5 คะแนน)	- มี คำสั่งเลขที่..... - ไม่มี..... คะแนน..... - มีการประชุม.....ครั้ง วันที่ประชุม..... - ไม่มี..... คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี (5) / ไม่มี (0) - มี $\geq 3 = 5$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 3$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 ครั้ง/ปี *ดีเด่น : ≥ 5 ครั้ง/ปี
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มนโยบายการแก้ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักการบาดเจ็บทางถนน บาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักการบาดเจ็บทางถนน บาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกสายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง (รวม 12 คะแนน)	จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอ เช่น จำนวนครั้งการเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต (2 คะแนน) จำแนกรายเดือนเปรียบเทียบกับปีย้อนหลังเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน (รวม 2 คะแนน) จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินตำบลเสี่ยง (2 คะแนน) จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง (2 คะแนน) จำนวนถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการต่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่ หรือทำแผนที่ประกอบ (2 คะแนน) นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (2 คะแนน) 1) บุคคล 2) สภาวะแวดล้อม 3) ระบบที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดภาคผนวก ก.เครื่องมือ 5 ชิ้น) มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร (เกณฑ์การสอบสวน กรณี เสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป)	- ข้อมูลสถานการณ์ - มีปี - ไม่มี..... คะแนน..... - มี / ไม่มี..... คะแนน..... - มี / ไม่มี..... คะแนน..... - มี / ไม่มี..... คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี ≥ 3 ปี=2คะแนน มี ≥ 1 ปี=1คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ย้อนหลังมากกว่า 3 ปี *ดีเด่น : ย้อนหลังมากกว่า 5 ปี
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ตาราง Haddon's matrix (รวม 12 คะแนน)	มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ตามเกณฑ์การสอบสวน กรณีเสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป (4 คะแนน) วิเคราะห์แบบแผนการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix (4 คะแนน) กรณีเกิดเหตุในพื้นที่ให้มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ(ตามภาคผนวก ค.) (4 คะแนน)	- มีการรายงานการสอบสวนจำนวน.....ครั้ง คะแนน..... - มี Haddon's matrix จำนวน.....ครั้ง คะแนน..... - มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนจำนวน.....ครั้ง คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี $\geq 3 = 4$ คะแนน มี $\geq 2 = 3$ คะแนน มี $\geq 1 = 2$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน - มี (4) / ไม่มี (0) - มี $\geq 3 = 4$ คะแนน มี $\geq 2 = 3$ คะแนน มี $\geq 1 = 2$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 ครั้ง/ปี *ดีเด่น : ≥ 5 ครั้ง/ปี

กิจกรรม D-RTI ^{Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์ระดับผลงาน
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหา รากของปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์รากปัญหาได้ (รวม 12 คะแนน)	นำสถานการณ์ปัญหาที่สำคัญวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) เพื่อทำการวิเคราะห์รากของปัญหา เช่น กรณีเด็กเยาวชน, เมาแล้วขับ, ขับย้อนศร อื่นๆ (6 คะแนน) สรุปรากของปัญหาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข (รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) (6 คะแนน)	- มีการวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ (Problem tree).....ประเด็น 1..... 2..... 3..... คะแนน..... - มีการสรุป รากของปัญหาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข 1..... 2..... 3..... คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี $\geq 3 = 6$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 2$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน - มี $\geq 3 = 6$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 2$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก: ≥ 3 ประเด็น *ดีเด่น: ≥ 5 ประเด็น
5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบ้านโดมผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม (รวม 12 คะแนน)	สร้างบ้านโดมผลลัพธ์ เพื่อกำหนดเป้าหมาย เช่น จำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน จำนวนองค์กรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการองค์กร เพื่ออัตราการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น (6 คะแนน) วิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน ในการแก้ไขปัญหแต่ละเป้าหมาย (รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) (6 คะแนน)	- จำนวนองค์กรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการองค์กร.....องค์กร 1..... 2..... 3..... คะแนน..... - จำนวนองค์กรที่มีการวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน ในการแก้ไขปัญห.....องค์กร 1..... 2..... 3..... คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี $\geq 3 = 6$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 2$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน - มี $\geq 3 = 6$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 2$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 องค์กร *ดีเด่น : ≥ 5 องค์กร
6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน(RTI-team) หรือ ศปอ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน(problem tree) (รวม 10 คะแนน)	มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงาน ที่มีสมาชิกมาจากองค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน,อาสาสมัครของชุมชน เช่น อาสาสมัคร กู้ชีพ, อปพร., อสม., ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน หรือเรียกว่า RTI team - มีการจัดตั้ง RTI team ตำบล - มีการประชุม RTI team ตำบล - มีกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของ RTI team ตำบล เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยง การทำมาตรการชุมชน ด้านชุมชน มาตรการองค์กร เป็นต้น (รายละเอียด RTI team ตามภาคผนวก ก.) (5 คะแนน) ร่วมสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (Problem tree) (รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) (5 คะแนน)	จำนวน.....ตำบล ชื่อทีม+หลักฐาน 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... คะแนน..... - การมีส่วนร่วมตำบล/ชุมชนจำนวน.....ตำบล/ชุมชน ชื่อทีม+หลักฐาน 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี $\geq 3 = 5$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 3$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 ตำบล *ดีเด่น : ≥ 5 ตำบล หรือ ทุก ตำบล ในอำเภอ - มี $\geq 3 = 5$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 3$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 ตำบล/ชุมชน *ดีเด่น : ≥ 5 ตำบล/ชุมชน หรือทุกตำบลในอำเภอ

กิจกรรม D-RTI ^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์ระดับผลงาน
7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ (รวม 12 คะแนน)	ดำเนินการมาตรการ แผนงานและกิจกรรม สอดคล้องตามผลการวิเคราะห์ปัญหาของอำเภอ (3 คะแนน) จำนวนมาตรการ/กิจกรรมที่เกิดขึ้น (6 คะแนน) แสดงรายละเอียดมาตรการดำเนินงาน ภาพ/กิจกรรม (3 คะแนน)	- มีแผนงาน และกิจกรรมสอดคล้องตามผลการวิเคราะห์ปัญหาของอำเภอ จำนวน..... แผน คะแนน..... จำนวน..... มาตรการ 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... คะแนน..... - แสดงรายละเอียดมาตรการดำเนินงาน ภาพ/กิจกรรม คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี (3) / ไม่มี (0) - มี $\geq 3 = 6$ คะแนน มี $\geq 2 = 4$ คะแนน มี $\geq 1 = 2$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 มาตรการ *ดีเด่น : ≥ 5 มาตรการ - มี (3) / ไม่มี (0)
8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (black spot) หรือ การจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety zone) (รวม 10 คะแนน)	มีการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง โดยการนำข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย หรือ ข้อมูลจากการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหา และชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียน โรงงานหมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกิน ขับรถเร็ว จอดรถไหล่ทาง เป็นต้น (3 คะแนน) การนำเสนอข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขในการประชุมทีมสหสาขา เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไข ทั้งเชิงกายภาพ หรือการแก้ไขพฤติกรรม เช่น การขับรถย้อนศร การจอดบนไหล่ทางของรถใหญ่ การบรรทุกเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย เป็นต้น (2 คะแนน) กรณีมีการกำหนดพื้นที่เป็น Safety zone ให้เสนอรายละเอียดของมาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่นั้น เช่น การจำกัดความเร็ว เขตสวมหมวกนิรภัย แก้ไขจุดเสี่ยง ปรับปรุงกายภาพ ติดตั้งป้าย เป็นต้น (3 คะแนน) ระบุการแก้ไข ภาพถ่าย ตำแหน่ง ที่ตั้ง พิกัด เช่น ซี่งถนนหรือทางแยก หมู่ที่...ตำบล...อำเภอ...ที่ดำเนินการ (2 คะแนน)	- มีการชี้เป้าจุดเสี่ยง.....จุด 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... คะแนน..... - มีการนำเสนอข้อมูล คะแนน..... - มี Safety zone..... zone 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... คะแนน..... - มีภาพถ่าย ตำแหน่ง ที่ตั้ง พิกัด คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี $\geq 3 = 3$ คะแนน มี $\geq 2 = 2$ คะแนน มี $\geq 1 = 1$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 จุด *ดีเด่น : ≥ 5 จุด - มี (2) / ไม่มี (0) - มี $\geq 3 = 3$ คะแนน มี $\geq 2 = 2$ คะแนน มี $\geq 1 = 1$ คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน *ดีมาก : ≥ 3 zone *ดีเด่น : ≥ 5 zone - มี (2) / ไม่มี (0)
9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต,การบาดเจ็บและจำนวนครั้ง การเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลมาตรการ	มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน กิจกรรมต่างๆและประเมินผลข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา/ตามบันไดผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ (2 คะแนน) วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค (แรงเสริม-แรงต้าน) (2 คะแนน) มีการประเมินผลมาตรการ เฉพาะบางมาตรการ	- มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน.....ฉบับ คะแนน..... - มีการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คะแนน.....	- มี (2) / ไม่มี (0) *ดีมาก : 1 ฉบับ มีการประเมิน ภาพรวม *ดีเด่น : 1 ฉบับ มีการประเมิน ภาพรวม และ มาตรการเฉพาะ - มี (2) / ไม่มี (0)

กิจกรรม D-RTI ⁺ Plus	หลักฐานการดำเนินงาน	คะแนน	
		ผลงาน/ค่าคะแนนที่ได้	เกณฑ์ระดับผลงาน
เฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์) (รวม 10 คะแนน)	(3 คะแนน) มีการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์(รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) (3 คะแนน)	- มีการประเมินผลมาตรการ คะแนน..... - มีการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ คะแนน..... รวม.....คะแนน	- มี (3) / ไม่มี (0) - มี (3) / ไม่มี (0)
หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ 9 กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับที่วัดผลผลิตหรือผลลัพธ์ได้ สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการประเมินดำเนินการได้ 80 ใน 100 คะแนน			
จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากกิจกรรม จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีเด่นกิจกรรม		ค่าคะแนนที่ได้ คะแนน ระดับดีมาก.....ดีเด่น..... ไม่ผ่าน	

ตัวชี้วัดที่ 39/-/	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง															
หน่วยวัด	ร้อยละ															
น้ำหนัก	ร้อยละ															
คำอธิบาย	การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่องและทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (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 เทียบกับวันเกิด แพ้ม PERSON - ทั้งผู้ป่วยนอกและใน ที่มี REFEROUTHOSP=5 หลัก															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลใน รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ															
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ลดลงร้อยละ 10															
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แพ้ม HDC/จังหวัดจัดเก็บข้อมูลและสงเขา HDC กระทรวงสาธารณสุข															
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562-กรกฎาคม 2563															
ระดับจังหวัด	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2562															
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2563															
สูตรคำนวณ	(A-B)/A x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 9 เดือน และ12 เดือน)															
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6</td></tr><tr><td>2</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8</td></tr><tr><td>3</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10</td></tr><tr><td>4</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr><tr><td>5</td><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 14</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6	2	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8	3	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10	4	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 12	5	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 14
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน															
1	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 6															
2	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 8															
3	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10															
4	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 12															
5	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงน้อยกว่าร้อยละ 14															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="2">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ</td><td>ลดลงร้อยละ 10</td><td>ลดลง</td><td>ลดลง 2.9</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		2561	2562	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ	ลดลงร้อยละ 10	ลดลง	ลดลง 2.9		
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ														
		2561	2562													
การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ	ลดลงร้อยละ 10	ลดลง	ลดลง 2.9													

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562			
	สาขา	ข้อมูล 2561	ข้อมูล 2562	เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 10
	สาขาโรคหัวใจ (I20-I25)	63	56	ลดลงร้อยละ 11.11
	สาขาโรคมะเร็ง(C-D)	11	21	เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.90
	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	5	6	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20
	สาขาทารกแรกเกิด	24	17	ลดลงร้อยละ 29.17
	ภาพรวมทั้งจังหวัด	103	100	ลดลงร้อยละ 2.91
ข้อมูลจาก:ผู้รับผิดชอบงานฯ วันที่ประมวลผล: 1 ตุลาคม 2562				
เอกสารอ้างอิง	แฟ้ม HDC			
ผู้รับผิดชอบ	1.นางสาวศิริไลซ์ ศรีวิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย		โทรศัพท์: 086-8549730 e-mail:emsnongkhai_1669@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 611	
	2.นางสุนตรา สุวรรณรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย		โทรศัพท์: 085-0029217 e-mail: keekie2baby@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 605	
	2. นายสมพร เจือจันทิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 089-5711175 e-mail :hotfish2021@hotmail.com	
	3. นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์. : 089-9418836	
	4. กาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์. : 099-5760280 e-mail : kan.panug@gmail.com	
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 40/31/-	อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอดรอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) จำนวนทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากแฟ้ม LABOR เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัด - LABOR=>LBORN = จำนวนเด็กเกิดมีชีพ - จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน จากแฟ้ม SERVICE, ADMISSION และ PERSON - เสียชีวิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ประมวลผลจาก วันที่จำหน่าย ลบ วันเดือนปีเกิดเด็ก - สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ SERVICE=>TYPEOUT = 4,5,6 - สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย ADMISSION=>DISCHSTATUS = 8,9 - วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย ADMISSION=>DISCHTYPE = 8,9 - วันเดือนปีเกิด PERSON=>BIRTH ขั้นตอนการดำเนินงาน 1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกโรงพยาบาล 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ได้แก่ รพท.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ/รพช.โพนพิสัย/รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม ยกเว้น รพช.สระใคร/รพช.เฝ้าไร่/รพช.รัตนวาปี/รพช.โพธิ์ตาก												
เป้าหมาย	<4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ												
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563												
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราตายทารกแรกเกิด												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนทารกที่เสียชีวิต<28 วัน												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ												
สูตรคำนวณ	(A/B) X 1,000												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤8: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤8: 1,000 การเกิดมีชีพ	2	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7: 1,000 การเกิดมีชีพ	3	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6: 1,000 การเกิดมีชีพ	4	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5: 1,000 การเกิดมีชีพ	5	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4: 1,000 การเกิดมีชีพ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤8: 1,000 การเกิดมีชีพ												
2	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7: 1,000 การเกิดมีชีพ												
3	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6: 1,000 การเกิดมีชีพ												
4	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5: 1,000 การเกิดมีชีพ												
5	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4: 1,000 การเกิดมีชีพ												
ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. เมือง, ท่าบ่อ, โพนพิสัย, ศรีเชียงใหม่, สังคม													

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	2559	2560	2561
	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	3.62 (17/4,695)	4.7 (22/4,619)	3.34 (15/4,481)
: ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 กันยายน 2561					
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2,182	10	4.58
	2	ท่าบ่อ	863	4	4.63
	3	โพนพิสัย	538	0	0
	4	ศรีเชียงใหม่	12	0	0
	5	สังคม	35	0	0
	6	สระใคร	0	0	0
	7	เผ่าไร่	0	0	0
	8	รัตนวาปี	0	0	0
	9	โพธิ์ตาก	1	0	0
	10	พิสัยเวหา	0	0	0
	รวม		3,632	14	3.85
	ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 ตุลาคม 2562				
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย จาก HDC				
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงภูษณีย์ กนกศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212		
	นางปริญดา ไตรยะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 08 1749 6251 e-mail : Parindaaso@hotmail.com โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212		

ตัวชี้วัดที่ 41/32/-	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อและกลุ่มอายุ 0-14, 15-59, 60 ขึ้นไป ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ที่ได้รับการวินิจฉัยระดับประคับประคองระยะท้าย (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึง วาระสุดท้าย โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ - มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่าย จ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ 1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน 1.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน 1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ใน รูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioid ตาม คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - มีระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) ตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ คือ 2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯ หน้า 10-18) 2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ(Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯ หน้า 19-25) 2.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 (แนวทางฯ หน้า 26-32) 2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯ หน้า 33-43) 2.5 ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.4 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคองตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯ หน้า 76-80) 2.6 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย - มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 (แสดงคุณภาพการส่งการรักษาด้วย opioids ดูรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์) - ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลระดับประคับประคองระยะท้ายได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการหอบ เหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ (World Health Organization

	Essential Medicines in Palliative Care) 5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกการเยี่ยมบ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (แสดงคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง, เกณฑ์ร้อยละ 60) 6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (ติดตามผลการดำเนินการรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์) แบบประเมินตนเอง เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคองข้อ1-7 (งาน Service plan) เอกสาร ดัชนี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด: ร้อยละ 40 ระดับ โรงพยาบาล: ร้อยละ 40
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัด และจากระบบรายงานผล Health data center (HDC) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <u>ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลเพิ่มการวินิจฉัยโรค แพ้ยา และเพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน</u>
วิธีการประเมินแหล่งข้อมูล	1. โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC (Health data center) https://hdcservice.moph.go.th 2. รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care 3. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาล (workload) 4. การติดตามประเมินโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยประคับประคองจังหวัดและเขตสุขภาพ 5. การสอบถาม เอกสาร แนวทางปฏิบัติต่าง ๆ
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และได้รับการรักษาด้วย Opioid ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจาก ศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำรายการยา Opioid ที่องค์การอนามัยโลกติดตามข้อมูลของประเทศสมาชิก และรหัสยา 24 หลัก (หลักที่ 1-11 แสดงชื่อสามัญ) CODEINE PHOSPHATE (10223023200), METHADONE (10223200000), MORPHINE (10223300000), MORPHINE SULFATE (10223328000 tablet, injection), FENTANYL (18001600100), METHADONE SYRUP(30223200000), MORPHINE SYRUP (30223300000), MORPHINE SULFATE SYRUP (30223328000) และยา Oxycodone/OXYCONTIN เป็นยานอกบัญชียาหลัก แห่งชาติ ยังไม่มีรหัสยา 24 หลัก

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, N185 และ ผู้ป่วย อายุ 0-14 ปี ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับราย ครั้ง/ซ้ำ					
สูตรคำนวณ	ระดับจังหวัด: (A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดและโรงพยาบาล	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 20				
	2	การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 25				
	3	การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 30				
	4	การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 35				
	5	การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ		ร้อยละ	2560	2561	2562
				N/A	N/A	85.26
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
	ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5)	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Opioid	ผลงาน ร้อยละ	
	1	หนองคาย	65	53	81.54	
	2	ท่าบ่อ	58	50	86.21	
	3	โพนพิสัย	19	19	100.00	
	4	ศรีเชียงใหม่	30	30	100.00	
	5	สังคม	35	23	65.71	
	6	สระใคร	15	15	100.00	
	7	เผ่าไร่	12	10	83.33	
	8	รัตนวาปี	9	9	100.00	
	9	โพธิ์ตาก	8	5	62.50	
		รวม	251	214	85.26	
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินงานด้าน palliative อย่างคล่องตัว รวมทั้งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยตามตัวชี้วัด 2. บัญชียาแต่ละโรงพยาบาล 3. แนวทางปฏิบัติระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยใน					

	และผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) 4. กิจกรรม Family Meeting และการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกการให้การเยี่ยม บ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 6. เครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. การบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5	
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงโมฬี นาคสาร	โทร. 0897127906
	นางลำยอง เลখনอก	โทร. 089-6179089
	นาง กนกกร ราชปองขันธุ์	โทร. 097-0363517
	เภสัชกรหญิง กฤษติยา พุ่มบัว	โทร. 089-8418107
	นาง นุชรินทร์ ชัยชมภู	โทร. 0874263587
	นางสุนภา อัสวชนานนท์	โทร. 089-6228848
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 081-9778442
	นาย เทิดไทย เหมืองทอง	โทร. 0821240925
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 042-465067 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 42/33/19	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมหลังจากหลัง การฝังเข็ม และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ 2. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข มีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น 1) รพศ./รพท.อย่างน้อยร้อยละ 11 2) รพช.อย่างน้อยร้อยละ 19 3) รพ.สต.อย่างน้อยร้อยละ 36 ซึ่งในปี 2562 รพ./รพ.สต.ไม่ผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนี้ - รพ. 5 แห่ง ได้แก่ รพร.ท่าบ่อ รพ.ศรีเชียงใหม่ รพ.สระใคร รพ.เผ่าไร่ และรพ.รัตนวาปี - รพ.สต. 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.มีชัย รพ.สต.วัดธาตุ และ รพ.สต.ดอนไผ่ 3. หน่วยบริการทั้งหมด หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข 4. ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ประชาชนได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น 1) รพศ./รพท.อย่างน้อยร้อยละ 11 2) รพช.อย่างน้อยร้อยละ 19 3) รพ.สต.อย่างน้อยร้อยละ 36 5. ผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด หมายถึง ประชาชนมารับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งหมด (ทั้งแผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการทุกระดับ - หน่วยบริการมีการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 80 ระดับ รพ.สต. : ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36
วิธีการประเมิน	1. ระบุรายงาน 43 เพิ่ม 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. จังหวัดประเมินการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563					
ระดับจังหวัด/คปสอ.	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 80					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนแห่งหน่วยบริการมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนแห่งหน่วยบริการทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 72				
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 74				
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 76				
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 78				
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 80				
ระดับ รพ.สต.	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 12				
	2	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18				
	3	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 24				
	4	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 30				
	5	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		ร้อยละ	16.91	17.20	26.51

	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td></td><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td></tr><tr><td>ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>89.53</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				2560	2561	2562	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	-	-	89.53																																																																																																																																																						
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																																																																																																																		
		2560	2561	2562																																																																																																																																																																	
ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	-	-	89.53																																																																																																																																																																	
	<table><tr><td colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562</td></tr><tr><td colspan="5">ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการฯ</td></tr><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>327,539</td><td>73,914</td><td>22.57</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>254,909</td><td>55,358</td><td>21.72</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>205,066</td><td>63,135</td><td>30.79</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>66,025</td><td>16,427</td><td>24.88</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>90,912</td><td>32,454</td><td>35.70</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>50,308</td><td>12,366</td><td>24.58</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>94,674</td><td>30,007</td><td>31.70</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>65,251</td><td>19,791</td><td>30.33</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>37,903</td><td>15,550</td><td>41.03</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>47,938</td><td>9,806</td><td>20.46</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>1,240,525</td><td>328,808</td><td>26.51</td></tr><tr><td colspan="5">ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการฯ</td></tr><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td colspan="2">ผลงาน (ผ่านเกณฑ์)</td><td rowspan="2">ร้อยละ</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>รพ.</td><td>รพ.สต.</td><td>รวม</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>20</td><td>1</td><td>17</td><td>18</td><td>90.00</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>11</td><td>-</td><td>10</td><td>10</td><td>90.91</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>16</td><td>1</td><td>15</td><td>16</td><td>100</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>7</td><td>-</td><td>6</td><td>6</td><td>85.71</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>6</td><td>1</td><td>5</td><td>6</td><td>100</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>4</td><td>-</td><td>3</td><td>3</td><td>75.00</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>8</td><td>-</td><td>7</td><td>7</td><td>87.50</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>7</td><td>-</td><td>6</td><td>6</td><td>85.71</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>6</td><td>1</td><td>4</td><td>5</td><td>83.33</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td><td>1</td><td>100</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>86</td><td>5</td><td>73</td><td>78</td><td>90.70</td></tr></table>	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการฯ					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	327,539	73,914	22.57	2	ท่าบ่อ	254,909	55,358	21.72	3	โพนพิสัย	205,066	63,135	30.79	4	ศรีเชียงใหม่	66,025	16,427	24.88	5	สังคม	90,912	32,454	35.70	6	สระใคร	50,308	12,366	24.58	7	เผ่าไร่	94,674	30,007	31.70	8	รัตนวาปี	65,251	19,791	30.33	9	โพธิ์ตาก	37,903	15,550	41.03	10	พิสัยเวหา	47,938	9,806	20.46		รวม	1,240,525	328,808	26.51	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการฯ					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน (ผ่านเกณฑ์)		ร้อยละ				รพ.	รพ.สต.	รวม	1	หนองคาย	20	1	17	18	90.00	2	ท่าบ่อ	11	-	10	10	90.91	3	โพนพิสัย	16	1	15	16	100	4	ศรีเชียงใหม่	7	-	6	6	85.71	5	สังคม	6	1	5	6	100	6	สระใคร	4	-	3	3	75.00	7	เผ่าไร่	8	-	7	7	87.50	8	รัตนวาปี	7	-	6	6	85.71	9	โพธิ์ตาก	6	1	4	5	83.33	10	พิสัยเวหา	1	1	-	1	100		รวม	86	5	73	78	90.70
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562																																																																																																																																																																				
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการฯ																																																																																																																																																																				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																																																																																																																																
	1	หนองคาย	327,539	73,914	22.57																																																																																																																																																																
	2	ท่าบ่อ	254,909	55,358	21.72																																																																																																																																																																
	3	โพนพิสัย	205,066	63,135	30.79																																																																																																																																																																
	4	ศรีเชียงใหม่	66,025	16,427	24.88																																																																																																																																																																
	5	สังคม	90,912	32,454	35.70																																																																																																																																																																
	6	สระใคร	50,308	12,366	24.58																																																																																																																																																																
	7	เผ่าไร่	94,674	30,007	31.70																																																																																																																																																																
	8	รัตนวาปี	65,251	19,791	30.33																																																																																																																																																																
	9	โพธิ์ตาก	37,903	15,550	41.03																																																																																																																																																																
	10	พิสัยเวหา	47,938	9,806	20.46																																																																																																																																																																
		รวม	1,240,525	328,808	26.51																																																																																																																																																																
	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการฯ																																																																																																																																																																				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน (ผ่านเกณฑ์)		ร้อยละ																																																																																																																																																															
				รพ.	รพ.สต.		รวม																																																																																																																																																														
	1	หนองคาย	20	1	17	18	90.00																																																																																																																																																														
	2	ท่าบ่อ	11	-	10	10	90.91																																																																																																																																																														
	3	โพนพิสัย	16	1	15	16	100																																																																																																																																																														
	4	ศรีเชียงใหม่	7	-	6	6	85.71																																																																																																																																																														
	5	สังคม	6	1	5	6	100																																																																																																																																																														
	6	สระใคร	4	-	3	3	75.00																																																																																																																																																														
	7	เผ่าไร่	8	-	7	7	87.50																																																																																																																																																														
	8	รัตนวาปี	7	-	6	6	85.71																																																																																																																																																														
	9	โพธิ์ตาก	6	1	4	5	83.33																																																																																																																																																														
10	พิสัยเวหา	1	1	-	1	100																																																																																																																																																															
	รวม	86	5	73	78	90.70																																																																																																																																																															
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ขั้นตอนการรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 6. ภาพกิจกรรม																																																																																																																																																																				
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.จรัสศรี อางศิริ			โทร. 08 1544 7472																																																																																																																																																																	
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			โทร. 0 4242 1438 ต่อ 109																																																																																																																																																																	

ตัวชี้วัดที่ 43/34/-	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร					
หน่วยวัด	อัตรา					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ (รหัส X60-X84) อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตายในจำนวนประชากรแสนคน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในจังหวัดหนองคายทุกคน					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ.					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/โปรแกรม 506S					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2:ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม2563					
ระดับ	จังหวัด/คปสอ.					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในปีงบประมาณ 2563					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลางปี 2562					
สูตรคำนวณ	สูตรการหาอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ = (A*100,000) / B					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 10.3 ต่อแสนประชากร				
	2	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 9.3 ต่อแสนประชากร				
	3	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.3 ต่อแสนประชากร				
	4	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 7.3 ต่อแสนประชากร				
	5	อัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่า 6.3 ต่อแสนประชากร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ		อัตรา	4.41	5.38	3.72
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	ประชากรกลางปี	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตรา	
	1	หนองคาย	150,629	5	3.32	
	2	ท่าบ่อ	83,098	3	3.61	
	3	โพนพิสัย	100,363	5	4.98	
	4	ศรีเชียงใหม่	30,027	1	3.33	
	5	สังคม	25,351	3	7.89	
6	สระใคร	26,748	1	3.74		
7	เผ้าไร่	52,168	1	1.92		
8	รัตนวาปี	31,287	0	0		
9	โพธิ์ตาก	11,045	1	9.05		
	รวม	510,716	19	3.72		
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม รง 506s (www.suicidethai.com) 2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089-7102475		
	นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา			โทร. 091-0607182		
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ			โทร. 0 424 13354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 44/35/-	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 65																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เกล็ดบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems -10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป																	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ.																	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม Hosxp / 43 แฟ้ม																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																	
ระดับจังหวัด																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2563																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามัดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ <u>จำนวนประชากรกลางปีอายุ15 ปีขึ้นไป x ค่าประมาณการ (2.7)</u> 100																	
สูตรคำนวณ	สูตรการหาร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45	2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50	3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55	4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60	5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 45																	
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 50																	
3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55																	
4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60																	
5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ</td><td>ร้อยละ</td><td>46.05</td><td>56.74</td><td>67.46</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	46.05	56.74	67.46
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2560	2561	2562														
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	46.05	56.74	67.46														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	3,393	1,822	53.70
	2	ท่าบ่อ	1,815	1,797	99.01
	3	โพนพิสัย	2,177	1,477	67.85
	4	ศรีเชียงใหม่	696	862	123.85
	5	สังคม	594	488	82.15
	6	สระใคร	588	392	66.67
	7	เผ่าไร่	1,151	90	7.82
	8	รัตนวาปี	846	643	76
	9	โพธิ์ตาก	341	255	74.78
		รวม	11,601	7,826	67.46
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม HOSxP 2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089-7102475	
	นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา			โทร. 091-0607182	
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ			โทร. 0 424 13354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 45/36/-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 2.1 อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2.2 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 การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่ อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ 4.1 SIRS (systemic inflammatory response Syndrome) อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ - อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส - อัตราชีพจรเร็วกว่า 90 ครั้งต่อนาที - อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที หรือมีค่า PaCO₂ น้อยกว่า 32 มม.ปรอท - การตรวจพบจำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 เซลล์ต่อลบมม. หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์ต่อลบมม. หรือมีจำนวน Band form ของ Neutrophil มากกว่า 10 % 4.2 qSOFA (sepsis screening tools) ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) <u>ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</u> 5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยาเคมีคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด 6. ทบทวน Case 6.1 ต้องมีการทบทวน Sepsis/Severe Sepsis/Septic shock ที่ dead โดยใช้แบบทบทวนตามงานคุณภาพของโรงพยาบาล 6.1.1 รพ.หนองคาย ทบทวนให้ได้ร้อยละ 10

	6.1.2 รพร.ทำบ่อ ทบทวนให้ได้ร้อยละ 50 6.2 รพ.อื่นๆ ได้แก่ รพ.โพธิ์ชัย/รพ.ศรีเชียงใหม่/รพ.สังคม/รพ.สระใคร/รพ.เฝ้าไร่/รพ.รัตนวาปี และรพ.โพธิ์ตาก ต้องมีการทบทวน ดังนี้ 6.2.1 Sepsis/Severe Sepsis/Septic shock ที่ dead ทุกราย 6.2.2 Severe sepsis ทุกราย โดยใช้แบบทบทวนตามงานคุณภาพของโรงพยาบาล ร้อยละ 100 6.3 ส่งเอกสารผลทบทวนหลังเกิดอุบัติการณ์ ภายใน 4 สัปดาห์ (ทุกเดือน) ที่ นางกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเขจร : say12909@gmail.com																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ																					
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. :<ร้อยละ 35																					
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ - โปรแกรม 43 แพ้ม และ Cockpit - HDC																					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562– กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562– กรกฎาคม 2563																					
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30																					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)																					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidityไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)																					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>มีการทบทวน case น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการทบทวน case ร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการทบทวน case ร้อยละ 100 ของเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 30</td></tr></table>						ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการทบทวน case น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด	2	มีการทบทวน case ร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด	3	มีการทบทวน case ร้อยละ 100 ของเกณฑ์ที่กำหนด	4	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 40	5	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 30				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																					
1	มีการทบทวน case น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด																					
2	มีการทบทวน case ร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด																					
3	มีการทบทวน case ร้อยละ 100 ของเกณฑ์ที่กำหนด																					
4	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 40																					
5	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 30																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</td><td>ร้อยละ <ร้อยละ 30</td><td>22.86</td><td>24.96</td><td>37.33</td><td>40.53</td></tr></table>						ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				2559	2560	2561	2562	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ร้อยละ <ร้อยละ 30	22.86	24.96	37.33	40.53
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																				
		2559	2560	2561	2562																	
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ร้อยละ <ร้อยละ 30	22.86	24.96	37.33	40.53																	

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	372	217	58.33
	2	ท่าบ่อ	92	36	39.13
	3	โพนพิสัย	83	3	3.61
	4	ศรีเชียงใหม่	3	0	0
	5	สังคม	11	0	0
	6	สระใคร	18	0	0
	7	เผ่าไร่	38	2	5.26
	8	รัตนวาปี	18	1	5.56
	9	โพธิ์ตาก	4	0	0
	10	พิสัยเวหา	0	0	0
		รวม	639	259	40.53
	ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 ตุลาคม 2562				
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน 2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง 3. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวจินตหรา มังคะละ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. : 042-413456-65 ต่อ 223 e-mail : -		
	นางกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเขจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. : 086-6400531 e-mail : say12909@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 640-641		

คำอธิบายประกอบคำนิยาม

1. SIRS (systemic inflammatory response syndrome) : (คำอธิบายข้อ 4.1)

Temperature > 38°C or <36°C

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate > 20 /min หรือ PaCO₂ < 32 mm Hg

WBC > 12,000 /mm³, < 4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

2. tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction :

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output < 0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao₂/Fio₂ < 250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao₂/Fio₂ < 200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > 2.0 mg/dL (176.8 μmol/L)

Bilirubin > 2 mg/dL (34.2 μmol/L)

Platelet count < 100,000 μL

Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

3. qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่ (คำอธิบายข้อ 4.2)

1) Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)

2) Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg

3) Respiratory rate ≥ 22/min

4. SOS score (search out severity) ดังตาราง (คำอธิบายข้อ 4.2)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ท่าบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ได้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี ชูดูอยู่เรื่อย	ซึม แต่เรียกแล้วลืม ตาสลึมลือ	ซึมมาก คัดกระตุ่น ชี้งงลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤500	501-999	≥ 1,000			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤80	81-159	≥160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤20	21-39	≥40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)	Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital
ระดับ 1 (Level 1)	Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team
ระดับ 2 (Level 2)	Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those 'stepping down' from higher levels of care
ระดับ 3 (Level 3)	Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

5. Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration ดังตาราง

Criteria	Point Value	Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)		Heart rate (beats per minute)	
≤ 70	+3	< 40	+2
71-80	+2	41-50	+1
81-100	+1	51-100	0
101-199	0	101-110	+1
≥ 200	+2	111-129	+2
Respiratory rate (beats per minute)		≥ 130	+3
< 9	+2	Temperature in °C (°F)	
9-14	0	< 35 (<95)	+2
15-20	+1	35-38.4 (95-101.12)	0
21-29	+2	≥ 38.5°C (101.3)	+2
≥ 30	+3		

Interpretation

A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.

For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient.

หมายเหตุ:

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นียมการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.} \times 100}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}}$

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามค่านิยามที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 46/37/-	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture (1) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) (2) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลืนตราชนิตไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุก ราย กลืนตราชนิตไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากกลืนตราชนิตไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck fracture S72.000-S72.019 2. Intertroch S72.100- S72.101, S72.110- S72.111 3. Subtroch S72.20, S72.21 กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา 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 โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison) สหสาขาวิชาชีพหมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย

	แบบบูรณาการ 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 $\leq$ ร้อยละ 30 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50 ขึ้นไป	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43/แฟ้ม HDC	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562	
ระดับจังหวัด 1-3 ระดับ คปสอ. 2-3	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ร้อยละ 10 2. Refracture < ร้อยละ 30 3. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ S/M ที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ S/M	
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture)	
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด	
รายการข้อมูล 5	E : จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery	
รายการข้อมูล 6	F : จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture = $(A/B) \times 100$ 2. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) = $(C/D) \times 100$ 3. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) = $(E/F) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน
	0	ไม่มี รพ.ที่มีทีม Capture the fracture
	3	รพ.มีทีม Capture the fracture 1 แห่ง
	5	รพ.มีทีม Capture the fracture 2 แห่ง
ระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	2. เกณฑ์การให้คะแนน
	1	Refracture $\leq$ ร้อยละ 50
	2	Refracture $\leq$ ร้อยละ 45
	3	Refracture $\leq$ ร้อยละ 40
	4	Refracture $\leq$ ร้อยละ 35
	5	Refracture $\leq$ ร้อยละ 30

ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	3. เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 10 ขึ้นไป					
	2	ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 20 ขึ้นไป					
	3	ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 30 ขึ้นไป					
	4	ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 40 ขึ้นไป					
	5	ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50 ขึ้นไป					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2559	2560	2561	2562
	1. โรงพยาบาล S/M ที่มีทีม Capture the fracture		ร้อยละ 10	NA	NA	100 (1/1)	100 (1/1)
	2. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)		$\leq$ ร้อยละ 30	7.96	8.75	1.96 (51/1)	0
	3. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)		$\geq$ ร้อยละ 50 ขึ้นไป	15.35	16.61	52.94 (51/27)	50 (36/18)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	1	หนองคาย					
		ทีม Capture the fracture	1	1	100		
		- Refracture	45	1	2.22		
		- Early surgery	45	21	46.67		
	2	ท่าบ่อ					
		ทีม Capture the fracture	-	-	-		
- Refracture		12	0	0			
- Early surgery		11	11	100			
	รวม Refracture	51	1	1.96			
	รวม Early surgery	51	27	52.94			
เอกสารอ้างอิง	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture						
ผู้รับผิดชอบ	นายแพทย์กฤษฎา ศรีกุลวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 089-1795273 E-mail : kritsada_s@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 223				
	นางสิรินีย์ หนู่มขุนทด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 086-8519857 E-mail : Kaisiwi@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 413				

ตัวชี้วัดที่ 47/-/-	ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการ เข้าถึง บริการ (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 การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัย เช่นวันทำ Imaging โดย นับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจการรักษามะเร็งเป็นต้น-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัย จากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการ ผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์และการรายงาน ให้แยกกลุ่มMetastatic ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึง บริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วย นับเป็นสัปดาห์และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก- วันสุดท้าย ของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่นรังสีรักษา,ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับ จากวันที่ผ่าตัด)-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับ แบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึง บริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัด ชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวัน แรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัดนับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่ รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วันแรก ไม่ เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic มะเร็ง 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งที่มีอัตราการป่วยสูง 5 อันดับแรก ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่ง จังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก คือ 1.มะเร็งเต้านม 2.มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3. มะเร็งลำไส้ 4.มะเร็งปอด 5.มะเร็งปากมดลูก
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา

เป้าหมาย	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 85\%$																																																												
วิธีการประเมิน	- แบบรายงานผู้ป่วย ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล Thai cancer base - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC																																																												
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2563 รอบที่ 2 : มิถุนายน-กรกฎาคม 2563																																																												
รายการข้อมูล 1	A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด 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 มากกว่าหรือเท่ากับ 65%</td></tr> <tr> <td>2</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 70%</td></tr> <tr> <td>3</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 75%</td></tr> <tr> <td>4</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 80%</td></tr> <tr> <td>5</td><td colspan="6">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 85%</td></tr> </tbody> </table>						ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 65%						2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 70%						3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 75%						4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 80%						5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 85%																		
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																												
1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 65%																																																												
2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 70%																																																												
3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 75%																																																												
4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 80%																																																												
5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 85%																																																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด</th><th colspan="6">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th colspan="3">2559</th><th colspan="3">2560</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก</td><td>ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์</td><td>ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์</td><td>ระยะเวลา รอคอย รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์</td><td>ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์</td><td>ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์</td><td>ระยะเวลา รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์</td></tr> <tr> <td>มะเร็งเต้านม</td><td>66%</td><td>97%</td><td>NA</td><td>60%</td><td>81%</td><td>76.47%</td></tr> <tr> <td>มะเร็งลำไส้</td><td>80%</td><td>75%</td><td>NA</td><td>82%</td><td>76%</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>มะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr> <tr> <td>มะเร็งปอด</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>มะเร็งปากมดลูก</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>						ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ						2559			2560			ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์	มะเร็งเต้านม	66%	97%	NA	60%	81%	76.47%	มะเร็งลำไส้	80%	75%	NA	82%	76%	100%	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	NA	NA	NA	NA	NA	NA	มะเร็งปอด	NA	NA	NA	NA	NA	100%	มะเร็งปากมดลูก	NA	NA	NA	NA	NA	100%
ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																												
	2559			2560																																																									
ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์																																																							
มะเร็งเต้านม	66%	97%	NA	60%	81%	76.47%																																																							
มะเร็งลำไส้	80%	75%	NA	82%	76%	100%																																																							
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	NA	NA	NA	NA	NA	NA																																																							
มะเร็งปอด	NA	NA	NA	NA	NA	100%																																																							
มะเร็งปากมดลูก	NA	NA	NA	NA	NA	100%																																																							

	ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
		2561			2562		
	ระยะเวลาารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของ มะเร็ง 5 อันดับแรก	ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	ระยะเวลา รอคอย รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์
	1.มะเร็งเต้านม	66%	81%	86.11%	68%	73%	100%
	2.มะเร็งลำไส้	89%	89%	100%	78%	78%	100%
	3.มะเร็งตับและท่อน้ำดี	100%	NA	100%	NA	NA	100%
	4.มะเร็งปอด	NA	NA	100%	NA	50%	100%
	5.มะเร็งปากมดลูก	75%	68.75%	88.46%	67%	100%	100%
	KPI			Base line			
			58	59	60	61	62
ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน 4 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85			100	97.56	55.5	79.63	94.53
ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85			NA	59.25	90.3	91.11	95.56
ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85			100	100	78.8	85.11	100
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลการตายของ สนย. 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 4. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai cancer based)						
ผู้รับผิดชอบ	1.นางศิริพร มณี				โทร 093 9797082		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				โทร 042 413345 ต่อ 105		
	2.นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์				โทร. 097-3024137		
	โรงพยาบาลหนองคาย				โทร 042 413456-65		

ตัวชี้วัดที่ 48/38/-	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinineของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) กลุ่มผู้ป่วย CKD - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่าในปีงบประมาณ - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี $60 > eGFR \geq 15$ 2) ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ เป้าหมาย รพ. 9 แห่ง คือ 1) รพท.หนองคาย 2) รพร.ท่าบ่อ 3) รพช.โพนพิสัย 4) รพช.ศรีเชียงใหม่ 5) รพช.สังคม 6) รพช.สระใคร 7) รพช.เผ่าไร่ 8) รพช.รัตนวาปี 9) รพช.โพธิ์ตาก
เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 66
วิธีการประเมิน	- การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน - โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2562
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 66
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล $eGFR \geq 2$ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง 1ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่น้อยหลัง 1ปีงบประมาณ																																																																
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																																																																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																															
	1	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 54																																																															
	2	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 57																																																															
	3	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 60																																																															
	4	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 63																																																															
	5	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 66																																																															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
			2559	2560	2561	2562																																																											
	- ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.73m2/yr.	ร้อยละ 66	63.90	63.16	57.85	59.57																																																											
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562																																																																	
<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>1,090</td><td>626</td><td>57.43</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>874</td><td>552</td><td>63.16</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>428</td><td>245</td><td>57.24</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>65</td><td>37</td><td>56.92</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>233</td><td>164</td><td>70.39</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>42</td><td>21</td><td>57.89</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>184</td><td>106</td><td>57.61</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>93</td><td>50</td><td>53.76</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>135</td><td>72</td><td>53.33</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td colspan="2">รวม</td><td>3,144</td><td>1,873</td><td>59.57</td></tr></table>						ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	1,090	626	57.43	2	ท่าบ่อ	874	552	63.16	3	โพนพิสัย	428	245	57.24	4	ศรีเชียงใหม่	65	37	56.92	5	สังคม	233	164	70.39	6	สระใคร	42	21	57.89	7	เผ่าไร่	184	106	57.61	8	รัตนวาปี	93	50	53.76	9	โพธิ์ตาก	135	72	53.33	10	พิสัยเวหา	NA	NA	NA	รวม		3,144	1,873	59.57
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																													
1	หนองคาย	1,090	626	57.43																																																													
2	ท่าบ่อ	874	552	63.16																																																													
3	โพนพิสัย	428	245	57.24																																																													
4	ศรีเชียงใหม่	65	37	56.92																																																													
5	สังคม	233	164	70.39																																																													
6	สระใคร	42	21	57.89																																																													
7	เผ่าไร่	184	106	57.61																																																													
8	รัตนวาปี	93	50	53.76																																																													
9	โพธิ์ตาก	135	72	53.33																																																													
10	พิสัยเวหา	NA	NA	NA																																																													
รวม		3,144	1,873	59.57																																																													
ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 2 ตุลาคม 2562																																																																	
เอกสารอ้างอิง	- คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย																																																																
ผู้รับผิดชอบ	นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร.088-5733022 และ 081-2623076 e-mail : maneewan.t@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 623/624																																																														
	นางสาววลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		โทร. 089 7102475 E-mail : yoljit17@gmail.com โทร. 042 413354 ต่อ 105																																																														
	นพ.พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. – e-mail : sutarut2010@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 104																																																														

ตัวชี้วัดที่ 49/39/20	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ผู้ป่วย CKD รายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังครั้งแรก ผู้ป่วยรายใหม่ คือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ ดังนี้ คือ 1. ACR $\geq$ 30 mg/g หรือ 2. UPCR $\geq$ 150 mg/g หรือ 3. urine strip test for albumin เป็น 2 หรือ 4. urine strip test for protein เป็น 2 หรือ 5. eGFR $<$ 60 ml/min/1.73 m³				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT				
เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นไม่เกิน 20% จากปี 2560				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ปี 2560				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ปี 2563				
สูตรคำนวณ	$[(A - B)/A] \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น 40%			
	2	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น 35%			
	3	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น 30%			
	4	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น 25%			
	5	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น $\leq$ 20%			
รายละเอียดเกณฑ์เป้าหมายจำแนกรายอำเภอ	ลำดับ	คปสอ.	รายใหม่ CKD ปี 2560	เป้าหมายเพิ่มขึ้นไม่เกิน 20%	
	1	หนองคาย	661	793	
	2	ท่าบ่อ	1,258	1510	
	3	โพนพิสัย	831	997	
	4	ศรีเชียงใหม่	183	220	
	5	สังคม	874	1049	
	6	สระใคร	452	542	
	7	เผ่าไร่	232	278	
	8	รัตนวาปี	247	296	
	9	โพธิ์ตาก	241	289	
	10	พิสัยเวหา	19	23	
		รวม	4,998	5,998	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
					2560 2561 2562
	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 20			ร้อยละ	4998 5977 6611 19.59% 32.27%

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	รายใหม่ CKD ปี 2560	รายใหม่ปี 2562	เป้าหมายเพิ่มขึ้น ไม่เกิน 20%
	1	หนองคาย	661	2,025	เพิ่ม 206.35 %
	2	ท่าบ่อ	1,258	1,254	ลด 0.32 %
	3	โพนพิสัย	831	691	ลด 16.85 %
	4	ศรีเชียงใหม่	183	320	เพิ่ม 74.86 %
	5	สังคม	874	261	ลด 70.14 %
	6	สระใคร	452	335	ลด 25.88 %
	7	เฝ้าไร่	232	910	เพิ่ม 292.24 %
	8	รัตนวาปี	247	494	เพิ่ม 100.00 %
	9	โพธิ์ตาก	241	261	เพิ่ม 8.30 %
	10	พิสัยเวหา	19	60	เพิ่ม 215.79 %
		รวม	4998	6611	เพิ่ม 32.27 %
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 50/40/-	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ)																
เป้าหมาย	ร้อยละ 100																
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 2020 แพ้ม/HDC/ประเมิน/สำรวจ																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561-กรกฎาคม 2563																
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ)	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 92</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 94</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 96</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 98</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 100</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 92	2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 94	3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 96	4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 98	5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 92																
2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 94																
3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 96																
4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 98																
5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 100																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ													
				2559	2560	2561	2562										
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		ร้อยละ	96.64	94.78	98.52	99.54										
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562																
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ												
	1	หนองคาย	446	443	99.33												
2	ท่าบ่อ	202	202	100													
	รวม	648	645	99.54													
ข้อมูลจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand 2 ต.ค.2562																	
เอกสารอ้างอิง	Vision2020 thailand																
ผู้รับผิดชอบ	นางสุนิษฐา เชื้อนวนาวิน 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 : praditsarat@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123													

ตัวชี้วัดที่ 51/41/-	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	- ผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2562 หมายเหตุ : ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่นๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดยจำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A,S และ M1ทั่วประเทศ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด = 0.7 : 100												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2561– กรกฎาคม 2562												
ระดับจังหวัด	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2562												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (เฉพาะ รพท.)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.3: 100</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4: 100</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.3: 100	2	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4: 100	3	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100	4	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100	5	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.3: 100												
2	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4: 100												
3	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100												
4	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100												
5	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
	หน่วยวัด		2559	2560	2561	2562
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล		0.58 (513/3)	0.38 (517/2)	0.61 (327/2)	0.33 (302/1)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	จำนวน		ร้อยละ (คน)
				คน	อวัยวะ	
	1	หนองคาย	302	1	4 (Eye = 2 ไต = 2)	0.33
		รวม	302	1	4	
เอกสารอ้างอิง	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย					
ผู้รับผิดชอบ	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนัก รพ.หนองคาย		โทร. 06 1689 4440 e-mail : Rac2507@windowslive.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 619, 602			

ตัวชี้วัดที่ 52/42/-	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ผู้ป่วยยาเสพติดหมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. ดังนี้ - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2 -3 - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6 - ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ				
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. : ร้อยละ 50				
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ทุก 3 เดือน				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563				
วิธีประเมิน					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตาม เกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	Retention Rate ร้อยละ 40			
	2	Retention Rate ร้อยละ 45			
	3	Retention Rate ร้อยละ 50			
	4	Retention Rate ร้อยละ 55			
	5	Retention Rate ร้อยละ 60			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	ร้อยละ 50 ของผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย 3 ปี 52.38)	74.94	48.57	41.23
เอกสารอ้างอิง	- ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาล				
ผู้รับผิดชอบ	นายจารุเกียรติ หิมรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. 08 7954 3279	
	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทร. 08 9710 2475	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			โทร. 0 4242 923 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 53/43/-	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ 1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะเสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน 2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิต ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความ รุนแรง ต่อผู้อื่น 4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ)	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. : ร้อยละ 60	
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) ทุก 3 เดือน - สถานบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึก รายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดยศูนย์อำนวยการ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563	
วิธีประเมิน		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาและได้รับ การจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	Retention Rate ร้อยละ 50
	2	Retention Rate ร้อยละ 55
	3	Retention Rate ร้อยละ 60
	4	Retention Rate ร้อยละ 65
	5	Retention Rate ร้อยละ 70

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	ร้อยละ 60 ของ ผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงก่อความ รุนแรง ได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแล ช่วยเหลือตาม ระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ (เฉลี่ย 3 ปี 59.37)	-	62.01	56.61
เอกสารอ้างอิง	- ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) และปรับปรุงนิยามจากเกณฑ์การคัดกรอง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V screening test)				
ผู้รับผิดชอบ	นายจรัสเกียรติ หิมรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. 08 7954 3279		
	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		โทร. 08 9710 2475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		โทร. 0 4242 923 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 54/44/-	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed)																			
หน่วยวัด	ร้อยละ/ขั้นตอน																			
น้ำหนัก	ร้อยละ																			
คำอธิบาย	การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการ การดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อนสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BIS =20 intermediate bedหมายถึงให้บริการ Less-Intensive IPD rehab program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) อ้างอิงโดย (ร่าง) intermediatecareService plan กระทรวงสาธารณสุข # เนื่องจากค่านิยมของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศและ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเต็มช่องว่างที่ขาดและ ความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว รพช.ระดับ M/Fหมายถึง รพช. ทุกแห่งจำนวน 8 แห่งสามารถรับผู้ป่วยฟื้นฟูวิกฤติมาดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย 3 โรคสำคัญได้แก่ 1. Stroke I60-I64, G81.0-G81.1, G81.9 2. Traumatic brain injury S061-S069, T90.5 3. Spinal cord injury S10-12, S20-22, S30-32, S14, S24, S34, G82.0-G82.5, T91.1-T91.3 KPI ตามประชากรเป้าหมายจัดบริการ Intermediate care เน้น 3 โรคสำคัญ KPI วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ประกอบด้วย <table><tr><td>KPI</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>1. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)</td><td>50</td><td>75</td><td>100</td></tr><tr><td>2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน BIS<15 หรือ BIS≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน BIS=20</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td></tr><tr><td>3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการติดตามผ่าน Google form อย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่อง</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td></tr></table>				KPI	2562	2563	2564	1. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	50	75	100	2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน BIS<15 หรือ BIS≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน BIS=20	60	70	80	3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการติดตามผ่าน Google form อย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่อง	80	90	100
KPI	2562	2563	2564																	
1. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	50	75	100																	
2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน BIS<15 หรือ BIS≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน BIS=20	60	70	80																	
3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการติดตามผ่าน Google form อย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่อง	80	90	100																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช. ระดับ M และ F (8 แห่ง)																			
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน เป้าหมาย 6 โรงพยาบาล ระดับ คปสอ. 5 ขั้นตอน																			
วิธีการประเมิน	ดูเอกสารประกอบ และการสำรวจข้อมูลผ่าน Google form																			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 1 ต.ค.62-มี.ค.63 รอบ2 เม.ย.63-ก.ย.63																			

ระดับจังหวัด/คปสอ.	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed)																																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><td>ขั้นตอน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">1.1 มีคำสั่งกรรมการผู้รับผิดชอบ IMC ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ≥2 ครั้ง/ปี</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">มีฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด</td></tr></table>					ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	1.1 มีคำสั่งกรรมการผู้รับผิดชอบ IMC ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ≥2 ครั้ง/ปี				2	มีฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC				3	มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด				4	มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด				5	มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด			
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน																																	
	1	1.1 มีคำสั่งกรรมการผู้รับผิดชอบ IMC ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ≥2 ครั้ง/ปี																																	
	2	มีฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC																																	
	3	มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด																																	
	4	มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด																																	
	5	มี 1+2 และผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด																																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td></tr><tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M,F ในจังหวัด ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>0</td><td>50 (4/8) - เฝ้าไร่ - รัตนวาปี - ศรีเชียงใหม่ - สังคม</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M,F ในจังหวัด ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	ร้อยละ	N/A	0	50 (4/8) - เฝ้าไร่ - รัตนวาปี - ศรีเชียงใหม่ - สังคม																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2560	2561	2562																															
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M,F ในจังหวัด ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	ร้อยละ	N/A	0	50 (4/8) - เฝ้าไร่ - รัตนวาปี - ศรีเชียงใหม่ - สังคม																															
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) 2. ฐานข้อมูลจากการวิเคราะห์ Google form 3. ฐานข้อมูลจาก IM โรงพยาบาล																																		
ผู้รับผิดชอบ	นางวันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงาน: เวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 042-413456-65 ต่อ 223 e-mail : wanrattha@gmail.com โทร. 0 42 413456-65ต่อ 223																																
	นางดวงเดือน คุ้มวง นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 081-9740244 e-mail : duangduen.kp@gmail.com โทร. 0 42 413456-65 ต่อ 172																																
	นายสุภาวุฒิ ทองท่ามา นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 094-2844756 e-mail : top_s_zaa@hotmail.com โทร. 0 42 413456-65 ต่อ 172																																
	นางสาวปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทร. 08-854561515																																
	โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 42 413456-65ต่อ 177																																
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม		โทร. 08-8571-3729																																
	นายสมพร เจือจันทิก		โทร. 08-9571-1175																																
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 120																																

ตัวชี้วัดที่ 55/45/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย 1. Inguinal hernia , Femoral hernia ; ศัลยกรรม 2. Hydrocele: ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 3. Hemorrhoid ; ศัลยกรรม 4. Vaginal bleeding; สูติกรรม 5. Esophagogastricvarices ; ศัลยกรรม/อายุรกรรม 6. Esophageal stricture 7. Esophagogastric cancer with obstruction 8. Colorectal polyp 9. Common bile duct stone 10. Pancreatic duct stone ; ศัลยกรรม 11. Bile duct stricture 12. Pancreatic duct stricture												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery ในกลุ่มโรคดังนี้ 1. Inguinal hernia, Femoral hernia ; ศัลยกรรม 5. Esophagogastricvarices 6. Esophageal stricture 8. Colorectal polyp 2. เป้าหมาย รพ. 1 แห่ง คือ รพท.หนองคาย												
เป้าหมาย	ร้อยละ 15												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562-กรกฎาคม 2563												
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	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (เฉพาะ รพท.)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 12</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 13</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 14</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11	2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 12	3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 13	4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 14	5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 11												
2	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 12												
3	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 13												
4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 14												
5	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
			2559	2560	2561	2562
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ 15	NA	100 (107/107)	57.5 (80/46)	80.55 (36/29)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	36	29	80.55	
		รวม				
โปรแกรม ODS เริ่มใช้ ปี 2561						
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)					
ผู้รับผิดชอบ	นายขวัญชัย กิติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 223			
	นางสมนา สกุลคู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 08 9944 8697 e-mail : Somana44@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 414			

ตัวชี้วัดที่ 56/46/21	ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้																					
หน่วยวัด	ร้อยละ																					
น้ำหนัก	ร้อยละ																					
คำอธิบาย	กลุ่มอายุ 12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ รวมทั้งภาครัฐและเอกชน ฟันผุ หมายถึง ฟันแท้ที่ผุเป็นรู หรือมีฟันที่อุดแล้วผุ และให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย โดยหน่วยบริการจะต้องมีการดำเนินการดังนี้ 1. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล 2. มีการเฝ้าระวังโรคในช่องปากโดยการจัดรายงานผลตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน โดยรอบที่ 1 รายงานเทอมที่ 2 ปีการศึกษา 2562 รอบที่ 2 รายงานเทอมที่ 1 ปีการศึกษา 2563 (ทส.002/003) ระดับอำเภอและตำบล 3. มีการคืนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน 4. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี																					
เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.</th> </tr> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th><th>ปีงบประมาณ 66</th></tr> <tr> <td>ร้อยละ 56</td><td>ร้อยละ 52</td><td>ร้อยละ 52</td><td>ร้อยละ 52</td></tr> </table> หรือลดลงจาก Base line ร้อยละ 2 ต่อปี				ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ร้อยละ 56	ร้อยละ 52	ร้อยละ 52	ร้อยละ 52						
ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.																						
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66																			
ร้อยละ 56	ร้อยละ 52	ร้อยละ 52	ร้อยละ 52																			
วิธีการประเมิน	- ประเมินเฉพาะรอบที่ 2 ใช้ผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด(ร่วมกับทีมไขว้อำเภอ)																					
ระยะเวลาประเมินผล	กรกฎาคม-สิงหาคม 2563)																					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้																					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด																					
สูตรคำนวณ	รอบที่ 2 ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ = (A/B) x100																					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.	สำรวจสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ (เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2563 ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>เกณฑ์</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ</td><td>64</td></tr> <tr> <td>2</td><td>เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ</td><td>62</td></tr> <tr> <td>3</td><td>เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ</td><td>60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ</td><td>58</td></tr> <tr> <td>5</td><td>เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ</td><td>56</td></tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์	1	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	64	2	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	62	3	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	60	4	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	58	5	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	56
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์																				
1	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	64																				
2	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	62																				
3	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	60																				
4	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	58																				
5	เด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้ไม่เกินร้อยละ	56																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้</td><td>ร้อยละ</td><td>62.45</td><td>73.51</td><td>61.68</td></tr> </tbody> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2560	2561	2562	ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้	ร้อยละ	62.45	73.51	61.68					
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ																				
		2560	2561	2562																		
ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันแท้	ร้อยละ	62.45	73.51	61.68																		
เอกสารอ้างอิง	ระบบข้อมูลเฝ้าระวังทันตสุขภาพ/รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของเครือข่ายบริการ ปีการศึกษา 2561-2563(ทส.001/002/003) และ ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด																					
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์		โทร. 089-7106864																			
	ทพญ.ศิริขวัญ ศิริชัยวงศ์สกุล		โทร. 094-2834969																			
	นส.พรพิมล อุดมะ		โทร. 093-3197529																			
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		โทร. 0 42413354 ต่อ139																			

ตัวชี้วัดที่ 57/47/22	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	การจัดบริการการเคลือบหลุมร่องฟัน หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันทาบนหลุมร่องฟันที่ลึกของฟันกรามแท้ซี่ที่ 6 หรือ 7 ในเด็กอายุ 6-12 ปี เพื่อป้องกันฟันผุ โดยทันตบุคลากร					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ6-12ปี					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.					
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66		
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50		
วิธีการประเมิน	- รอบที่ 1 และ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลผลการบันทึกข้อมูลโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC					
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2562 –กุมภาพันธ์ 2563)					
ประเมินผล	รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2563 –กรกฎาคม2563					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/ ระดับ คป.สอ./ ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่ 1 รอบที่ 2	
	1	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			15 30	
	2	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			17.5 35	
	3	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			20 40	
	4	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			22.5 45	
	5	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			25 50	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้		ร้อยละ	-	9.57	9.11
	ตารางแสดงผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2560-2562					
	เครือข่ายบริการ	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 6- 12ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟัน				
		ปี 2561		ปี 2562		
	เมืองหนองคาย	13.89		6.89		
	ท่าบ่อ	5.18		9.43		
	โพนพิสัย	11.5		10.41		
	ศรีเชียงใหม่	10.45		14.94		
	สังคม	9.38		5.67		
	สระใคร	3.24		1.57		
เผ่าไร่	9.8		15.35			
รัตนวาปี	2.41		5.26			
โพธิ์ตาก	5.1		15.72			
จ.หนองคาย	9.57		9.11			

เอกสารอ้างอิง	1. คู่มืองานในระบบ HDC (Health Data Center) ของ สสจ.หนองคาย ที่กลุ่มรายงานมาตรฐาน : 1.1 กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ทันตกรรม(บริการ) >> การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ 6 - 12 ปี (คน) 1.2 กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก >> OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการ P&P ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์	โทร. 089-7106864
	ทพญ.ศิริขวัญ ศิริชัยวงศ์สกุล	โทร. 094-2834969
	นส.พรพิมล อุตมะ	โทร. 093-3197529
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ139

ตัวชี้วัดที่ 58/48/23	ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavityfree)			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	กลุ่มอายุ 12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ รวมทั้งภาครัฐและเอกชน (จังหวัดหนองคายให้หมายถึงเด็กที่อยู่ ชั้น ป.6) ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ฟันแท้ปกติ (รวมarrested caries) และ/หรือมีฟันที่อุดแล้วไม่ผุโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุดถอนรักษาลong รากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก ฟันผุ หมายถึง ฟันแท้ที่ผุเป็นรู หรือมีฟันที่อุดแล้วผุและให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย โดยหน่วยบริการจะต้องมีการดำเนินการดังนี้ 1. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล 2. มีการเฝ้าระวังโรคในช่องปากโดยการจัดรายงานผลตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน โดยรอบที่ 1 รายงานเทอมที่ 2 ปีการศึกษา 2562 รอบที่ 2 รายงานเทอมที่ 1 ปีการศึกษา 2563 (ทส.002/003) ระดับอำเภอและตำบล 3. มีการคืนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน 4. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6)			
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.			
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
วิธีการประเมิน	- รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลผลการบันทึกข้อมูลโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC - รอบที่ 2 ใช้ผลการสำรวจสุขภาพช่องปาก ทส.001-002-003 ระดับ รพ.สต./อำเภอ			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2562 –กุมภาพันธ์ 2563) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2563 –กรกฎาคม2563)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ12ปี(ป.6)ที่ปราศจากฟันผุ (caries free)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ12ปี(ป.6) ที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี(ป.6) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	รอบที่ 2 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ12ปีฟันดีไม่มีผุ= (A+B)/C x100			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/ระดับ คป.สอ./ระดับ รพ.สต.	สำรวจสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2563 ดังนี้			
	5 เดือนแรก (ตุลาคม 2562 –กุมภาพันธ์ 2563) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ			
	ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับการทันตกรรมดูจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสภาพช่องปากข้อ28			
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
	20	22.5	25	27.5
	5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562 –กรกฎาคม2562) ผลงานร้อยละเด็กอายุ 12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)			
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
	55	60	65	70

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ		ร้อยละ	72.11	74.07
				74.98	
	ตารางแสดงผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2560-2562				
	เครือข่ายบริการ	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ			
		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	
	เมืองหนองคาย	72.66	72.86	77.08	
	ท่าบ่อ	57.67	80.2	70.15	
	โพนพิสัย	69.80	76.74	78.05	
	ศรีเชียงใหม่	75.42	78.23	93.68	
	สังคม	66.11	58.57	54.88	
	สระใคร	76.96	76	67.87	
	เฝ้าไร่	80.1	70.28	79.94	
	รัตนวาปี	60	73.48	77.78	
	โพธิ์ตาก	84.2	73.13	73.33	
	รพ.พิสัยเวช	58.8	74.81	66.80	
	จ.หนองคาย	72.11	74.07	74.98	
เอกสารอ้างอิง	ระบบข้อมูลเฝ้าระวังทันตสุขภาพ/รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของเครือข่ายบริการ ปีการศึกษา 2561-2563 (ทส.001/002/003) และฐานข้อมูล 43 แฟ้ม รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (http://hdcservice.moph.go.th)				
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิม่วงค์		โทร. 089-7106864		
	ทพญ.ศิริขวัญ ศิริชัยวงศ์สกุล		โทร. 094-2834969		
	นส.พรพิมล อุตมะ		โทร. 093-3197529		
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		โทร. 0 42413354 ต่อ139		

ตัวชี้วัดที่ 59/49/24	ร้อยละของเด็กวัยเรียน (อายุ 6 - 14 ปี) สูงดีสมส่วน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) 2. โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียน ระดับประถมศึกษาขยายโอกาส (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3) 3. ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ 4. ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $> + 2$ S.D.ขึ้นไปโดยใช้กราฟ แสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542 5. ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน 6. สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง เมื่อเทียบกับ กราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ 7. สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง 8. เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว) 9. ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ 14 ปี (เด็กอายุ 14 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) 10. เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)
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	1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (อายุ 6 - 14 ปี) สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 69 2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี เด็กชาย 154 เซนติเมตร เด็กหญิง 155 เซนติเมตร (ประเมินผลปีงบประมาณ 2564)
วิธีการประเมิน	ประมวลผลข้อมูลจากระบบ HDC ตัวชี้วัดกระทรวงปี 2562 ตัวชี้วัดที่ 5
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ รอบที่ 1 : ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ระยะเวลาของการนำเข้าสู่ข้อมูล 4 เดือน (ต.ค., พ.ย., ธ.ค. 2562 และ ม.ค. 2563) และบันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ตรวจสอบรายงานจาก HDC จังหวัด รอบที่ 2 : ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ระยะเวลาของการนำเข้าสู่ข้อมูล 3 เดือน

	(พ.ค., มิ.ย., ก.ค. 2563) 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) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 61				
	2	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63				
	3	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 65				
	4	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 67				
	5	เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 69				
	รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
2560					2561	2562
เด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) สูงดีสมส่วน		ร้อยละ	68.77	69.09	70.07	
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
ลำดับ		คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
1		หนองคาย	8,435	5,592	66.30	
2		ท่าบ่อ	5,669	3,822	67.42	
3		โพนพิสัย	9,473	6,905	72.89	
4		ศรีเชียงใหม่	2,215	1,678	75.76	
5		สังคม	3,485	2,473	70.96	
6	สระใคร	2,830	1,782	62.97		
7	เผ่าไร่	3,322	2,398	72.19		
8	รัตนวาปี	3,970	2,873	72.37		
9	โพธิ์ตาก	1,427	1,080	75.68		
10	พิสัยเวท	1,292	910	70.43		
	รวม	42,118	29,513	70.07		
เอกสารอ้างอิง	รายงานข้อมูลผลการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในเด็กวัยเรียน ปีละ 2 ครั้ง (ดูรายงานจากระบบ HDC) รอบที่ 1 : ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 รอบที่ 2 : ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563					
ผู้รับผิดชอบ	นายเทอดไทย เหมืองทอง			โทร. 082-1240925		
	งานวัยเรียน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242923 ต่อ 123		

ตัวชี้วัดที่ 60/50/-	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี																																																																	
หน่วยวัด	อัตรา (ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)																																																																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																	
คำอธิบาย	อัตราการคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์อายุ 15 ปี ถึง 19 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่คลอดบุตรมีชีพต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิง 15-19 ปี																																																																	
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. :ไม่เกิน 32 ต่อพันประชากรหญิง 15-19 ปี พันคน																																																																	
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข																																																																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563																																																																	
ระดับจังหวัด/คปสอ.																																																																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ TypeArea = 1, 3)																																																																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่คลอดมีชีพ คำนวณอายุโดยนับถึงวันที่คลอด																																																																	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 1,000																																																																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																
	1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
	2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
	3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤36 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
	4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
	5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ≤32 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน																																																																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
				2560	2561	2562																																																												
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี		อัตราต่อพัน	26.19	21.29	23.08																																																												
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562																																																																		
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>3,817</td><td>73</td><td>19.12</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>2,031</td><td>42</td><td>20.68</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>2,596</td><td>49</td><td>18.88</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>744</td><td>15</td><td>20.16</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>789</td><td>21</td><td>26.62</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>760</td><td>24</td><td>31.58</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>1,284</td><td>45</td><td>35.05</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>1,152</td><td>33</td><td>28.65</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>412</td><td>11</td><td>26.70</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>411</td><td>10</td><td>24.33</td></tr><tr><td colspan="2">รวม</td><td>13,996</td><td>323</td><td>23.08</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	เมืองหนองคาย	3,817	73	19.12	2	ท่าบ่อ	2,031	42	20.68	3	โพนพิสัย	2,596	49	18.88	4	ศรีเชียงใหม่	744	15	20.16	5	สังคม	789	21	26.62	6	สระใคร	760	24	31.58	7	เผ่าไร่	1,284	45	35.05	8	รัตนวาปี	1,152	33	28.65	9	โพธิ์ตาก	412	11	26.70	10	พิสัยเวหา	411	10	24.33	รวม		13,996	323	23.08
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																														
1	เมืองหนองคาย	3,817	73	19.12																																																														
2	ท่าบ่อ	2,031	42	20.68																																																														
3	โพนพิสัย	2,596	49	18.88																																																														
4	ศรีเชียงใหม่	744	15	20.16																																																														
5	สังคม	789	21	26.62																																																														
6	สระใคร	760	24	31.58																																																														
7	เผ่าไร่	1,284	45	35.05																																																														
8	รัตนวาปี	1,152	33	28.65																																																														
9	โพธิ์ตาก	412	11	26.70																																																														
10	พิสัยเวหา	411	10	24.33																																																														
รวม		13,996	323	23.08																																																														
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่ง DHB คณะทำงานบริหารจัดการสร้างสุขภาพ 2. แผนการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. บันทึกรายงาน และประมวลผลจากฐานข้อมูล HDC, COCKPIT 4. สรุปผลการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน																																																																	
ผู้รับผิดชอบ	1. พันจ่าโทประดิษฐ์ สารรัตน์			โทร. 08 1977 8442																																																														
	2. นายสิริชัย ขำสมบัติ			โทร. 08 1964 3779																																																														
	งานอนามัยวัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 123																																																														

ตัวชี้วัดที่ 61/51/25	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital																																																																																						
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																						
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																						
คำอธิบาย	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต.) และ รพ.เอกชน 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> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="2">G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)</td><td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ที่รวบรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</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 โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td rowspan="3">NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อ กับรพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกับให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)</td><td>✓</td><td>×</td></tr> <tr> <td>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.ร.ท่าบ่อ)</td><td>✓</td><td>×</td></tr> <tr> <td>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td colspan="2">ระดับดี</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td colspan="2">12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td colspan="2">ระดับดีมาก</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td colspan="2">14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td colspan="2">ระดับดีมาก Plus</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)</td><td>✓</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</td><td>✓</td><td></td></tr> </tbody> </table>			ระดับพื้นฐาน		ประเมินระดับ		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		รพ.	รพ.สต.	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		✓	✓	ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN				G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)	✓	✓	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ที่รวบรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓	R: RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓	E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓	E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓	NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อ กับรพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกับให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)	✓	×	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.ร.ท่าบ่อ)	✓	×	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	✓	✓	ระดับดี				11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย		✓	✓	12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)		✓	✓	ระดับดีมาก				13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน		✓	✓	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community		✓	✓	ระดับดีมาก Plus				15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)		✓		16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป		✓	
ระดับพื้นฐาน		ประเมินระดับ																																																																																					
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		รพ.	รพ.สต.																																																																																				
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		✓	✓																																																																																				
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN																																																																																							
G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)	✓	✓																																																																																				
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่ที่รวบรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓																																																																																				
R: RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓																																																																																				
E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓																																																																																				
E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓																																																																																				
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓																																																																																				
NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อ กับรพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกับให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)	✓	×																																																																																				
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.ร.ท่าบ่อ)	✓	×																																																																																				
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	✓	✓																																																																																				
ระดับดี																																																																																							
11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ : มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตราย		✓	✓																																																																																				
12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)		✓	✓																																																																																				
ระดับดีมาก																																																																																							
13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน		✓	✓																																																																																				
14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community		✓	✓																																																																																				
ระดับดีมาก Plus																																																																																							
15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)		✓																																																																																					
16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป		✓																																																																																					

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพ.พิเศษเวช, รพ.รวมแพทย์หนองคาย และ รพ.หนองคายวัฒนา			
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 1. ร้อยละ 85 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 2. ร้อยละ 30 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus 3. จังหวัดมีนวัตกรรมอย่างน้อย 2 เรื่อง 4. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 10 ระดับ คปสอ. : 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 2. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 10 ระดับ รพ.สต. : รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป			
วิธีการประเมิน	1. ทีมประเมินระดับจังหวัด รับรองผลในระดับพื้นฐาน และระดับดี 2. ทีมศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี รับรองผลในระดับดีมาก 3. ทีมคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งจากเขตสุขภาพที่ 8 รับรองผลระดับดีมาก Plus			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563			
ระดับจังหวัด	1.ร้อยละ 85 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป		2.ร้อยละ 30 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป		A : จำนวน รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	(A x 100/B)		(A x 100/B)	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1.ระดับดีมากขึ้นไป	2.ระดับดีมาก Plus
	1	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 65	ร้อยละ 10
	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 15
	3	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 75	ร้อยละ 20
	4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 25
	5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 30
ระดับ คปสอ.				
เป้าหมายที่ 1	รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดี		
	2	รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดี + ระดับดีมาก 1 ข้อ		
	3	รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (นวัตกรรม GCH 1 เรื่อง + ขยายเครือข่าย 1 เรื่อง)		
	4	รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก + ระดับดีมาก Plus 1 ข้อ		
	5	รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus		
เป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 10 ของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	(A x 100/B)			

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2				
	1	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 2	ร้อยละ 2				
	2	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 4	ร้อยละ 4				
	3	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 6	ร้อยละ 6				
	4	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 8	ร้อยละ 8				
	5	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10				
ระดับ รพ.สต.	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป							
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 1 กิจกรรม						
	2	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 2 กิจกรรม						
	3	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 3 กิจกรรม						
	4	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 4 กิจกรรม						
	5	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 5 กิจกรรม						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2560	2561	2562		
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital		ร้อยละ					
	1.ระดับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป			-	20	40		
	2.ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		-	-	-			
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560-2562							
	ลำดับที่	คปสอ.	รพ. (ระดับดีมากขึ้นไป)			รพ.สต. (ระดับพื้นฐานขึ้นไป)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	1	1	100	17	-	-
	2	ท่าบ่อ	1	1	100	10	-	-
	3	โพนพิสัย	1	1	100	15	-	-
	4	ศรีเชียงใหม่	1	-	100	6	-	-
	5	สังคม	1	1	100	5	-	-
	6	สระใคร	1	-	100	3	-	-
	7	เผ่าไร่	1	-	100	7	-	-
	8	รัตนวาปี	1	-	0.00	6	-	-
	9	โพธิ์ตาก	1	-	0.00	5	-	-
	10	พิสัยเวหา	1	-	0.00	-	-	-
		รวม	10	4	70.00	74	-	-
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน และแบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือแนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นสารเคมี 4. คู่มือการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital							
ผู้รับผิดชอบ	นายบุญเลิศ มาตรนาคุณ		โทร. 091-8617640					
	นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ		โทร. 081-3692360					
	กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		โทร. 042-421438, 042-422923, 042-413354 ต่อ 103					

ตัวชี้วัดที่ 62/52/26	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 1. ในเขตเศรษฐกิจ 2. นอกเขตเศรษฐกิจ																				
หน่วยวัด	ร้อยละ																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																				
คำอธิบาย	1. หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองและสระใคร จำนวน 16 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ที่รัฐบาลกำหนดขึ้น 2. หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ่อ, โพนพิสัย, ศรีเชียงใหม่, สังคม,เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพธิ์ตาก และอำเภอเมือง, สระใครที่เหลือจากข้อ 1, ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง 3. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสีได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/สิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม 4. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ดังนี้ <table><tr><th rowspan="2">พื้นที่</th><th colspan="6">หน่วยบริการสาธารณสุข/การผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด</th></tr><tr><th>รพศ./รพท.</th><th>ผ่านเกณฑ์</th><th>รพช.</th><th>ผ่านเกณฑ์</th><th>รพ.สต.</th><th>ผ่านเกณฑ์</th></tr><tr><td>ในและนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ</td><td>48 ข้อ</td><td> เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-9) ร้อยละ 80 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ10-19) ร้อยละ 80 </td><td>42 ข้อ</td><td> เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-8) ร้อยละ 70 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ9-18) ร้อยละ 70 </td><td>25 ข้อ</td><td> เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-5) ร้อยละ 50 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ11-16) ร้อยละ 50 </td></tr></table>	พื้นที่	หน่วยบริการสาธารณสุข/การผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด						รพศ./รพท.	ผ่านเกณฑ์	รพช.	ผ่านเกณฑ์	รพ.สต.	ผ่านเกณฑ์	ในและนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ	48 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-9) ร้อยละ 80 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ10-19) ร้อยละ 80	42 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-8) ร้อยละ 70 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ9-18) ร้อยละ 70	25 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-5) ร้อยละ 50 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ11-16) ร้อยละ 50
พื้นที่	หน่วยบริการสาธารณสุข/การผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด																				
	รพศ./รพท.	ผ่านเกณฑ์	รพช.	ผ่านเกณฑ์	รพ.สต.	ผ่านเกณฑ์															
ในและนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ	48 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-9) ร้อยละ 80 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ10-19) ร้อยละ 80	42 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-8) ร้อยละ 70 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ9-18) ร้อยละ 70	25 ข้อ	เริ่มต้นพัฒนา 1. องค์ประกอบที่ 1 (ข้อ1-5) ร้อยละ 50 2. องค์ประกอบที่ 2 (ข้อ11-16) ร้อยละ 50															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ 1.1 อำเภอเมือง จำนวน 14 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพท.หนองคาย 2) รพ.สต.เดื่อ 3) รพ.สต.บ้านท่าจาน 4) รพ.สต.หินโงม 5) รพ.สต.เวียงคุก 6) รพ.สต.สีกาย 7) รพ.สต.บ้านนาฮี 8) รพ.สต.พระธาตุบังพวน 9) รพ.สต.โพธิ์ชัย 10) รพ.สต.มีชัย 11) รพ.สต.คำบกหวาน 12) รพ.สต.หนองกอมเกาะ 13) รพ.สต.หาดคำ 14) รพ.สต.โพนสว่าง 1.2 อำเภอสระใคร จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพ.สระใคร 2) รพ.สต.สระใคร 2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ 2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองและสระใครที่เหลือ จำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพ.สต.ปะโค 2) รพ.สต.เมืองหมี่ 3) รพ.สต.กวนวัน 4) รพ.สต.วัดธาตุ 5) รพ.สต.คอกช้าง 6) รพ.สต.บ้านฝาง 2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ่อ, โพนพิสัย, ศรีเชียงใหม่, สังคม, เฝ้าไร่, รัตนวาปี และ โพธิ์ตาก ทุกแห่ง 2.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง																				

	2.4 โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย 1) รพ.ท่าบ่อ 2) รพ.โพนพิสัย 3) รพ.ศรีเชียงใหม่ 4) รพ.สังคม 5) รพ.เผ่าไร่ 6) รพ.รัตนวาปี 7) รพ.โพธิ์ตาก												
เป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 100 2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ร้อยละ 50												
วิธีการประเมิน	1. ทีมประเมินระดับจังหวัด รับรองผลในระดับเริ่มต้นพัฒนา และระดับดี 2. ทีมสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี รับรองผลในระดับดีมาก 3. ทีมกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รับรองผลระดับดีเด่น ระดับโรงพยาบาล 1. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (เกณฑ์มาตรฐาน 48 ข้อ) รอบที่ 1 มีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีเด่น (ข้อ 1-48) รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 2. โรงพยาบาลชุมชน (เกณฑ์มาตรฐาน 42 ข้อ) รอบที่ 1 มีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา(ข้อ 1-18) + ระดับดี(ข้อ 19-27) รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70 ระดับ รพ.สต. 1. ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (เกณฑ์มาตรฐาน 25 ข้อ) รอบที่ 1 มีการดำเนินการเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา(ข้อ 1-5 และ ข้อ 11-18) + ระดับดี (ข้อ 1-18) รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50 2. นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ รอบที่ 1 มีการดำเนินการเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา (ข้อ 1-5 และ ข้อ 11-18) รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษและนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด												
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ในเขตเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป												
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) ในเขตเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
รายการข้อมูล 3	C : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป												
รายการข้อมูล 4	D : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.) นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(C/D) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table> และ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60	2	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70	3	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80	4	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90	5	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60												
2	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70												
3	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80												
4	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90												
5	หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100												

	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 10
	2	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 20
	3	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 30
	4	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40
	5	หน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.	รอบที่ 1 (ต.ค.62 – ก.พ.63)	
	รพศ./รพท.	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70
	5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80
	รพช.	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 19 - 23
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 19 - 24
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 19 - 25
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 19 - 26
	5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 19 - 27
	รพ.สต.ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 6
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 6-7
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 6-8
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 6-9
	5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา + ข้อ 6-10
	รพ.สต.นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการดำเนินการตามข้อ 1 - 5 + ข้อ 11 - 14
	2	มีการดำเนินการตามข้อ 1 - 5 + ข้อ 11 - 15
	3	มีการดำเนินการตามข้อ 1 - 5 + ข้อ 11 - 16
	4	มีการดำเนินการตามข้อ 1 - 5 + ข้อ 11 - 17
	5	มีการดำเนินการตามข้อ 1 - 5 + ข้อ 11 - 18

	รอบที่ 2 (ต.ค.62 – ก.ค.63)				
	รพท.				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 60			
	2	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 70			
	3	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80			
	4	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 90			
	5	มีการดำเนินการตามเกณฑ์ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100			
	รพช.				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 30			
	2	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 40			
	3	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 50			
	4	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 60			
	5	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 70			
	รพ.สต.ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 10			
	2	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 20			
	3	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 30			
4	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 40				
5	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา + ระดับดี ร้อยละ 50				
รพ.สต.นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
1	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 10				
2	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 20				
3	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 30				
4	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 40				
5	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 50				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	1. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	ร้อยละ	-	50 (8/16)	100 (16/16)
	2. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ สำหรับการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	97.10 (68/69)-

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562												
	ลำดับ	คปสอ.	ในเขต			นอกเขต							
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ					
	1	หนองคาย	14	14	100	6	6	100					
	2	ท่าบ่อ	0	0	0	11	11	100					
	3	โพนพิสัย	0	0	0	16	15	93.75					
	4	ศรีเชียงใหม่	0	0	0	7	7	100					
	5	สังคม	0	0	0	6	6	100					
	6	สระใคร	2	2	100	2	2	100					
	7	เผ้าไร่	0	0	0	8	8	100					
	8	รัตนวาปี	0	0	0	7	7	100					
	9	โพธิ์ตาก	0	0	0	6	5	83.33					
	รวม		16	16	100	69	68	97.10					
หมายเหตุ : รพ.สต.นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ ใช้เกณฑ์มาตรฐาน 11 ข้อ													
ผลการรับรองการตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2562 (ประเมินโดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี)													
	ลำดับ	หน่วยบริการ	อำเภอ	ผลการรับรอง (ผ่าน/ร้อยละ)					ระดับ				
				องค์ 1	องค์ 2	องค์ 3	องค์ 4	องค์ 5	เริ่มต้นพัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ไม่ผ่าน
	1	รพท.หนองคาย	เมือง	92.59	90.00	85.19	97.22	83.33				/	
	2	รพ.สต.บ้านเดื่อ	เมือง	60.00	66.67	66.67	73.33	33.33			/		
	3	รพ.สต.บ้านท่าจาน	เมือง	53.33	60.00	50.00	66.67	25.00			/		
	4	รพ.สต.หินโงม	เมือง	60.00	53.33	61.11	40.00	0		/			
	5	รพ.สต.เวียงคุก	เมือง	53.33	33.33	61.11	60.00	25.00	/				
	6	รพ.สต.สีกาย	เมือง	53.33	33.33	61.11	73.33	25.00	/				
	7	รพ.สต.บ้านนาฮี	เมือง	13.33	53.33	27.68	13.33	8.33	/				
	8	รพ.สต.พระธาตุบังพวน	เมือง	40.00	0	44.44	0	16.67	/				
	9	รพ.สต.โพธิ์ชัย	เมือง	33.33	40.00	38.89	66.67	16.67	/				
	10	รพ.สต.มีชัย	เมือง	33.33	6.67	33.33	13.33	0.00	/				
	11	รพ.สต.ค่ายบกหวาน	เมือง	13.33	13.33	33.33	33.33	8.33	/				
	12	รพ.สต.หนองกอมเกาะ	เมือง	40.00	40.00	44.44	40.00	8.33	/				
	13	รพ.สต.หาดคำ	เมือง	40.00	40.00	33.33	6.67	8.33	/				
	14	รพ.สต.โพนสว่าง	เมือง	6.67	46.67	27.78	0.00	8.33	/				
	15	รพ.สระใคร	สระใคร	75.00	80.00	59.26	46.67	13.33	/				
	16	รพ.สต.สระใคร	สระใคร	53.33	80.00	66.67	53.33	33.33			/		
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของ รพท./รพช./รพ.สต. 2. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (Update 20 พ.ย.60) จำนวน 48 ข้อ 3. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 42 ข้อ 4. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 25 ข้อ 5. แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (นบก.1-56) 6. รายงานผลการเจาะเลือดตรวจคัดกรอง โดยใช้ Cholinesterase Reactive paper												

	7. แบบรายงานผลการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Occ-นบ 01 Rev.61) 8. แบบรายงานผลการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิสำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Occ-นบ 02 Rev.61)	
ผู้รับผิดชอบ	1.นายไชยวุฒิ ชัยชมภู	โทร. 08 7425 6625
	2.นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์	โทร. 08 6630 9111
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 103

ตัวชี้วัดที่ 63/-/	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 โดยการมีส่วนร่วม (เป้าหมายระดับ 5)
หน่วยวัด	ระดับคะแนน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 โดยการมีส่วนร่วม หมายถึง การดำเนินการในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ มีฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบครบถ้วน ถูกต้อง มีการสร้างความตระหนัก ให้ความรู้แก่ประชาชน ผู้ประกอบการ และภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับอันตรายจากสารปนเปื้อนในอาหารสด มีแผนการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่ายในตลาดสดประเภทที่ 1 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่ายในตลาดสดประเภทที่ 1 ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น สรุปผลการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่าย วิเคราะห์ผล มีกระบวนการดำเนินการโดยมาตรการของพื้นที่ และรายงานต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
คำนิยาม	ตลาดสดประเภทที่ 1 หมายถึง ตลาดที่มีโครงสร้างอาคาร และลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 ประกอบด้วย - ตลาดสดประเภทที่ 1 ที่เจ้าของตลาดเป็นหน่วยงานราชการทั้งหมด(ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุญาต) - ตลาดสดประเภทที่ 1 ที่เจ้าของตลาดเป็นภาคเอกชน ที่ได้รับใบอนุญาตจากท้องถิ่น อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผักและผลไม้, เนื้อสัตว์สด, อาหารทะเลสด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสด ได้แก่ ผักและผลไม้ เนื้อสัตว์สด อาหารทะเล ณ สถานที่จำหน่าย ในตลาดสดประเภทที่ 1 ของหน่วยงานราชการ และภาคเอกชนที่ได้รับใบอนุญาตจากท้องถิ่นได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย	พิจารณาผลการดำเนินการตามขั้นตอน 1. มีฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบครบถ้วน ถูกต้อง 2. มีการสร้างความตระหนัก ให้ความรู้แก่ประชาชน ผู้ประกอบการ และภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับอันตรายจากสารปนเปื้อนในอาหารสด 3. มีแผนการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่ายในตลาดสดประเภทที่ 1 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 4. มีการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่ายในตลาดสดประเภทที่ 1 ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 5. สรุปผลการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่าย วิเคราะห์ผล มีกระบวนการดำเนินการโดยมาตรการของพื้นที่ และรายงานต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด																																			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="2">ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 แล้วเสร็จ</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="2">ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และ 2 แล้วเสร็จ</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="2">ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 แล้วเสร็จ</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="2">ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2, 3 และ 4 แล้วเสร็จ</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="2">ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2, 3,4 และ 5 แล้วเสร็จ</td></tr></table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		1	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 แล้วเสร็จ		2	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และ 2 แล้วเสร็จ		3	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 แล้วเสร็จ		4	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2, 3 และ 4 แล้วเสร็จ		5	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2, 3,4 และ 5 แล้วเสร็จ																
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																			
1	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 แล้วเสร็จ																																			
2	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และ 2 แล้วเสร็จ																																			
3	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 แล้วเสร็จ																																			
4	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2, 3 และ 4 แล้วเสร็จ																																			
5	ดำเนินการขั้นตอนที่ 1, 2, 3,4 และ 5 แล้วเสร็จ																																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th>อำเภอ</th><th>หน่วยวัด</th><th>จำนวนตลาดสด ประเภท 1</th></tr><tr><td>อำเภอเมือง</td><td>แห่ง</td><td>7</td></tr><tr><td>อำเภอบำบ่อ</td><td>แห่ง</td><td>8</td></tr><tr><td>อำเภอโพนพิสัย</td><td>แห่ง</td><td>1</td></tr><tr><td>อำเภอศรีเชียงใหม่</td><td>แห่ง</td><td>1</td></tr><tr><td>อำเภอสว่าง</td><td>แห่ง</td><td>1</td></tr><tr><td>อำเภอสระใคร</td><td>แห่ง</td><td>-</td></tr><tr><td>อำเภอรัตนวาปี</td><td>แห่ง</td><td>1</td></tr><tr><td>อำเภอเฝ้าไร่</td><td>แห่ง</td><td>1</td></tr><tr><td>อำเภอโพธิ์ตาก</td><td>แห่ง</td><td>-</td></tr><tr><td>รวม</td><td>แห่ง</td><td>20</td></tr></table>			อำเภอ	หน่วยวัด	จำนวนตลาดสด ประเภท 1	อำเภอเมือง	แห่ง	7	อำเภอบำบ่อ	แห่ง	8	อำเภอโพนพิสัย	แห่ง	1	อำเภอศรีเชียงใหม่	แห่ง	1	อำเภอสว่าง	แห่ง	1	อำเภอสระใคร	แห่ง	-	อำเภอรัตนวาปี	แห่ง	1	อำเภอเฝ้าไร่	แห่ง	1	อำเภอโพธิ์ตาก	แห่ง	-	รวม	แห่ง	20
อำเภอ	หน่วยวัด	จำนวนตลาดสด ประเภท 1																																		
อำเภอเมือง	แห่ง	7																																		
อำเภอบำบ่อ	แห่ง	8																																		
อำเภอโพนพิสัย	แห่ง	1																																		
อำเภอศรีเชียงใหม่	แห่ง	1																																		
อำเภอสว่าง	แห่ง	1																																		
อำเภอสระใคร	แห่ง	-																																		
อำเภอรัตนวาปี	แห่ง	1																																		
อำเภอเฝ้าไร่	แห่ง	1																																		
อำเภอโพธิ์ตาก	แห่ง	-																																		
รวม	แห่ง	20																																		
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารสดในตลาดสดประเภทที่1 แผนงาน/โครงการ/ภาพกิจกรรม บันทึกผลการตรวจสอบอาหารสดด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น รายงานผลการดำเนินงาน																																			
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 129																																		

ตัวชี้วัดที่ 64/53/-	ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลิตภัณฑ์อาหารสด อาหารแปรรูป ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ 1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร 2. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว ได้แก่ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง 3. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง(อาหารอาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ) 4. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยาชนิดรับประทาน ที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ หรือยาแผนปัจจุบัน 5. เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เครื่องสำอางที่จัดแจ้งในประเภทบำรุงผิวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผิวขาว กระจ่างใส และปัญหาผิว ฝ้า กระ จุดด่างดำ และฉลากกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงหรือเครื่องสำอางที่มีลักษณะทางกายภาพสีเข้ม/ฉูดฉาด การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้น ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษฉุกเฉิน ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลการตรวจวิเคราะห์โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่รัฐรับรอง ตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (test kit) หมายถึง ผลการตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (test kit) โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit For food safety) หรือหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาด/แผงลอย/ร้านค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต/โรงพยาบาล) น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต น้ำแข็ง ณ สถานที่ผลิต ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง
	ระดับ คปสอ. ประกอบด้วย ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย(ตลาด/แผงลอย/ร้านค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต/โรงพยาบาล) น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต
เป้าหมาย	ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
วิธีการประเมิน	รายงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563

ระดับจังหวัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด						
สูตรคำนวณ	A/B x100						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ตัวชี้วัด		ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด		89	91	93	95	97
ระดับ คปสอ.	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายระดับ คปสอ. (ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย และน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต) ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 4	D : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงเป็นเป้าหมายระดับ คปสอ. (ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย และน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต) ที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด						
สูตรคำนวณ	C/D x100						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1						
	ระดับคะแนน	รายละเอียด					
	1	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 89 สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100					
	2	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 91 สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100					
	3	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93 สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100					
	4	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95 สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100					
	5	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97 สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100					
	หมายเหตุ ผลการดำเนินงานต้อง “ผ่านทั้งสามส่วน” จึงจะได้คะแนนในระดับนั้น						
	รอบที่ 2						
	ตัวชี้วัด		ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = (C/D)x100		89	91	93	95	97

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงานอาหารสดอาหารแปรรูป ปีงบประมาณ 2560-2562										
	ผลการดำเนินงานแยกรายผลิตภัณฑ์										
	อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560-2562								
			อาหารสด			อาหารแปรรูป					
			ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย			น้ำบริโภคฯ			น้ำแข็ง		
			2560	2561	2562	2560	2561	2562	2560	2561	2562
	เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.92 (235/240)	98.7 (384/389)	98.64 (364/369)	90.32 (28/31)	100 (24/24)	96.88 (31/32)	- (9/9)	100 (10/11)	90.91 (10/11)
	ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	96.60 (227/235)	98.9 (269/272)	99.57 (234/235)	100.00 (21/21)	100.00 (18/18)	90.91 (20/22)	- (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)
	โพธิ์สัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.33 (59/60)	100.00 (90/90)	100.00 (106/106)	100.00 (18/18)	100.00 (9/9)	95.45 (21/22)	- (4/4)	100 (4/4)	100 (4/4)
	ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	90.91 (50/55)	98.4 (121/123)	99.15 (116/117)	100.00 (7/7)	100.00 (8/8)	100.00 (7/7)	-	-	-
	สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	93.02 (40/43)	97.00 (98/101)	98.91 (91/92)	100.00 (4/4)	100.00 (4/4)	100.00 (6/6)	- (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)
	สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	94.67 (71/75)	98.9 (88/89)	97.12 (135/139)	100.00 (3/3)	100.00 (3/3)	100.00 (3/3)	-	-	-
	เผ่าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.00 (98/100)	100.00 (54/54)	97.33 (73/75)	100.00 (10/10)	100.00 (9/9)	100.00 (12/12)	- (0/1)	0 (0/1)	100 (1/1)
	รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.37 (37/38)	100.00 (58/58)	100.00 (29/29)	100.00 (10/10)	100.00 (5/5)	100.00 (7/7)	- (2/2)	100 (2/2)	100 (2/2)
	โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (50/50)	94.7 (36/38)	100.00 (33/33)	100.00 (1/1)	100.00 (1/1)	100.00 (1/1)	-	-	-
	รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	96.76 (867/896)	98.7 (1198/1214)	98.83 (1181/1195)	97.14 (102/105)	100.00 (81/81)	96.43 (108/112)	- (22/23)	95.65 (22/23)	96.00 (24/25)
ผลการดำเนินงานภาพรวม											
อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560-2562 (อาหารสดอาหารแปรรูป)			2560	2561	2562				
เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.05 (263/271)			96.88 (248/256)	98.97 (287/290)	98.83 (254/257)				
ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.72 (77/78)									
โพธิ์สัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	91.94 (57/62)			98.72 (77/78)	100.00 (99/99)	99.22 (127/128)				
ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.47 (129/131)									
สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.19 (123/124)			93.62 (44/47)	97.14 (102/105)	98.98 (97/98)				
สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.91 (91/92)									
เผ่าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.18 (138/142)			98.18 (108/110)	100.00 (63/63)	97.70 (85/87)				
รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.92 (47/48)									
โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (51/51)			94.87 (37/39)	100.00 (34/34)					
รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	96.80 (969/1001)									

เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่าย/ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมาย 3. บันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (แบบ ตส.3(50)) 4. บันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำแข็ง (แบบ ตส.1(50)) 5. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร 6. แบบฟอร์มรายงานการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารโดย Mobile Units 7. แบบฟอร์มรายงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 8. ภาพกิจกรรม	
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง โทร. 08 1871 3114 นางปิยะมาศ ปรีชาภูก โทร. 08 3290 6287 นางสาวพิมพ์รดา ช่างสุวรรณ โทร. 08 6851 4951 นางสาวเพ็ญพร ส่งเมือง โทร. 09 7265 7488 นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์ โทร. 09 1059 8264 นางสาวมนสิชา บุรณบุญญิติ โทร. 09 1063 9982 นางสาวพัชรินทร์ กองแก้ว โทร. 08 3082 5931	
	งานมาตรฐานด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.นค โทร. 0 4241 3354 ต่อ 129	

ตัวชี้วัดที่ 65/54/27	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง ลดลง																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																											
คำอธิบาย	1. โรคอาหารเป็นพิษ (ICD-10 : A05) หมายถึง อาการป่วย(คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง) อาจมีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำร่วมด้วย ร่วมกับประวัติการกินอาหารหรือน้ำ ยกเว้น พิษที่เกิดจากยา / โลหะหนัก / ยาฆ่าศัตรูพืช (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2546) 2. โรคอุจจาระร่วง (ICD-10 : A09) หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือเลือดปนอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมง (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2546) 3. จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตามข้อ 1 และ รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 4. จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามข้อ 2 และ รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 5. อัตราป่วย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ ในจำนวนประชากร 100,000 คน ในช่วงเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคนั้นๆ} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}}$ 6. เหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ (Outbreak) หมายถึง กรณีพบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามโรคอาหารเป็นพิษ ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป และเกิดหลังจากรับประทานอาหารจากแหล่งร่วมในช่วงเวลาสั้นๆ หรือมีประวัติเชื่อมโยงกัน (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2546) 7. เหตุการณ์การระบาดของโรคอุจจาระร่วง (Outbreak) หมายถึง กรณีที่พบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามโรคอุจจาระร่วง ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป ในช่วงใดช่วงหนึ่ง (นิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2546)																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ																											
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด 1. อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 30 2. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 20																											
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบในช่วงประเมิน CUP																											
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : อัตราป่วย เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 เปรียบเทียบกับ อัตราป่วยค่ามัธยฐาน เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 5 ปี ย้อนหลัง รอบที่ 2 : อัตราป่วย เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2563 เปรียบเทียบกับ อัตราป่วยค่ามัธยฐาน เดือน มกราคม-กรกฎาคม 5 ปี ย้อนหลัง																											
ระดับ	จังหวัด/คปสอ.																											
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยโรคนั้นๆ																											
รายการข้อมูล 2	B : อัตราป่วยค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของโรคนั้นๆ																											
สูตรคำนวณ	ร้อยละของอัตราป่วยของโรค ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง $= \frac{(B-A) \times 100}{B}$																											
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th><th colspan="5">ระดับคะแนน</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</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	10	15	20	25	30	ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง	12	14	16	18	20
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน																											
	1	2	3	4	5																							
ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง	10	15	20	25	30																							
ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง	12	14	16	18	20																							

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และ ความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง และ โรคอาหาร เป็นพิษ				
	2	2.1 มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วง และโรคอาหารเป็นพิษ				
	3	3.1 มีการดำเนินการตามกิจกรรมในโครงการ 3.2 ตำบลมีการจัดประชุม / อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาล อาหาร แก่ครูอนามัยโรงเรียน, ผู้ประกอบการอาหาร, ผู้ปกครอง, อาสาสมัคร สาธารณสุข, ประชาชนทั่วไป 3.3 มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็น พิษแก่ประชาชน				
	4	4.1 มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานระดับตำบล $\geq$ ร้อยละ 80 4.2 จำนวนตำบลที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 $\geq$ ร้อยละ 80				
	5	5.1 อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 30 และ 5.2 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 20				
	รอบที่ 1 ประเมินขั้นตอนที่ 1 และ 2					
	รอบที่ 2 ประเมินขั้นตอนที่ 1 , 2 , 3 , 4 , 5					
	หากไม่ผ่านขั้นตอนใด จะไม่ประเมินขั้นตอนต่อไป					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพสต.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และ ความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/
	ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้					
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน				
1	1.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและ อาหารเป็นพิษ					
2	2.1 มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ					
3	3.1 มีการดำเนินการตามกิจกรรมในโครงการ 3.2 มีการจัดประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร แก่ ครู อนามัยโรงเรียน, ผู้ประกอบการอาหาร, ผู้ปกครอง, อาสาสมัครสาธารณสุข, ประชาชนทั่วไป 3.3 มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ แก่ประชาชน					
4	4.1 มีสรุปผลการดำเนินงานโครงการ /กิจกรรม					
5	5.1 ไม่เหตุการณ์การระบาดในพื้นที่ (มีจำนวนผู้ป่วยในเหตุการณ์ 10 ราย ขึ้นไป)					

	รอบที่ 1 ประเมินขั้นตอนที่ 1 และ 2 รอบที่ 2 ประเมินขั้นตอนที่ 1, 2, 3, 4, 5 หากไม่ผ่านขั้นตอนใด จะไม่ประเมินขั้นตอนต่อไป				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี		
			2560	2561	2562
	อัตราป่วย โรคอาหารเป็นพิษ	ต่อแสนปชก.	232.5	244.69	181.38
	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ	-62.9	-60.9	-71
	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	-41.5	-84.9	-66
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง	ต่อแสนปชก.	1,163.61	1,358.15	1,037.73
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงจาก ปี 2557	ร้อยละ	-46.17	-37.1	-80
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	-30.2	-11.3	-22.1
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลรายงาน 506 , คู่มือนิยามโรคติดต่อ พ.ศ.2546				
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702		
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136		

จำนวน / อัตราป่วยด้วย Food Poisoning แยกรายอำเภอ จังหวัดหนองคาย ปี 2557-2562

ลำดับ	อำเภอ	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		Med.57-61		ลดลงจาก	ปี 2563
		จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	median (ร้อยละ)	อัตราป่วย ไม่เกิน
1	เมือง	536	357.65	387	258.23	419	279.58	368	245.55	463	307.38	366	242.68	356	236.05	-2.80	118.02
2	ท่าบ่อ	127	152.83	164	197.36	71	85.44	30	36.10	19	22.87	49	59.12	60	72.39	18.30	36.20
3	ศรีเชียงใหม่	106	343.56	125	405.15	47	152.34	51	165.30	30	97.08	47	152.08	52	168.26	9.60	84.13
4	สังคม	79	314.35	30	119.37	23	91.52	35	139.27	36	142.33	31	122.25	25	98.59	-24.00	49.30
5	โพนพิสัย	1,275	1,293.55	1,027	1,041.94	338	342.92	284	288.13	478	483.58	273	275.99	476	481.22	42.60	240.61
6	สระใคร	8	30.08	18	67.68	41	154.16	35	131.60	18	67.20	25	93.07	14	52.12	-78.60	26.06
7	เฝ้าไร่	521	999.85	131	251.40	73	140.09	42	80.60	48	91.86	29	55.44	75	143.37	61.30	71.69
8	รัตนวาปี	589	258.23	146	376.23	147	378.81	314	809.15	171	441.09	133	343.32	169	436.25	21.30	218.13
9	โพธิ์ตาก	8	20.62	44	113.38	51	332.51	14	91.26	6	39.17	6	39.17	15	97.94	60.00	48.97
	จ.หนองคาย	3,260	624.40	2,036	389.96	1,203	230.41	1,210	231.76	1,277	244.59	959	183.68	1,289	246.89	25.60	123.44

หมายเหตุ อัตราป่วย ต่อ ประชากรแสนคน

จำนวน / อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จังหวัดหนองคาย ปี 2557-2562

ลำดับ	อำเภอ	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		Med. 57-61		ลดลงจาก	ปี 2563
		จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	median (ร้อยละ)	อัตราป่วย ไม่เกิน
1	เมือง	3,622	2,439.30	3,425	2,285.34	3,047	2,033.12	2,132	1,422.59	2,867	1,903.35	2,287	1,516.40	2,581	1,711.33	11.40	1,369.07
2	ท่าบ่อ	2,291	2,757.09	1,817	2,186.57	1,149	1,382.70	882	1,061.40	900	1,083.40	552	666.02	1,007	1,214.99	45.20	972.00
3	ศรีเชียงใหม่	626	2,040.00	583	1,889.61	652	2,113.25	594	1,925.26	494	1,598.65	351	1,135.74	523	1,692.28	32.90	1,353.83
4	สังคม	464	1,872.78	376	1,496.16	558	2,220.37	437	1,738.89	321	1,269.08	215	847.89	337	1,329.02	36.20	1,063.22
5	โพนพิสัย	1,682	1,714.86	1,393	1,413.27	1,006	1,020.64	826	838.02	966	977.28	807	815.85	944	954.35	14.50	763.48
6	สระใคร	745	2,819.19	683	2,568.15	531	1,996.62	367	1,379.96	453	1,691.31	353	1,314.17	444	1,652.95	20.50	1,322.36
7	เฝ้าไร่	963	1,853.63	291	558.46	312	598.76	322	617.95	615	1,177.01	442	844.95	368	703.48	-20.10	562.79
8	รัตนวาปี	543	2,285.34	169	435.50	210	541.15	306	788.54	303	781.57	289	746.02	227	585.97	-27.30	468.78
9	โพธิ์ตาก	312	2,038.82	166	1,082.28	178	1,160.52	189	1,232.23	169	1,101.62	122	796.55	156	796.55	21.80	637.24
	จ.หนองคาย	11,248	2,161.57	8,903	1,710.92	7,643	1,468.78	6,055	1,163.61	7,088	1,358.15	5,418	1,037.73	6,617	1,267.37	18.12	1,013.90

หมายเหตุ อัตราป่วย ต่อ ประชากรแสนคน

ตัวชี้วัดที่ 66/55/-	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	“ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข” (Public Health Emergency) หมายถึง เหตุการณ์การเกิดโรคหรือภัยคุกคามทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต อาจเป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติไม่เคยพบมาก่อนมีผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรง มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่พื้นที่อื่น หรือทำให้เกิดจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้าโดยภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะพบได้มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภัยที่เกิดจากโรคติดต่อ ในอดีตจนถึงปัจจุบันประเทศไทยประสบกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขซึ่งเป็นโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง เช่น โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันชนิดรุนแรง (SARS) โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรคติดต่อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคติดต่อไวรัสอีโบลา เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินเหล่านี้ ให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สิน ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง การจัดการภาวะฉุกเฉินเป็นกระบวนการที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมและรับมือโรคติดต่อหรือโรคระบาดและการมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centers, EOC) ที่เป็นสถานที่สำหรับผู้บัญชาการเหตุการณ์ และกลุ่มภารกิจต่างๆ เพื่อให้สามารถทำงานประสานความร่วมมือ และจัดสรรทรัพยากรให้แก่ทีมปฏิบัติการให้สามารถทำงานได้อย่างเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยปัจจัยที่จะสามารถทำให้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันควบคุมโรคไม่ให้มีการระบาดอย่างมาก												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 (9 อำเภอ) ระดับ คปสอ. : 5 ขั้นตอน												
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัดรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอแล้วประมวลผลเป็นระดับจังหวัด												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563												
ระดับจังหวัด	ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการและจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ดำเนินการและจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 5 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 6 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 7 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 8 อำเภอ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 9 อำเภอ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 5 อำเภอ	2	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 6 อำเภอ	3	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 7 อำเภอ	4	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 8 อำเภอ	5	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 9 อำเภอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 5 อำเภอ												
2	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 6 อำเภอ												
3	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 7 อำเภอ												
4	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 8 อำเภอ												
5	จำนวนอำเภอดำเนินการ/จัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 9 อำเภอ												

ระดับ คปสอ.	ระดับคปสอ. : ดำเนินการตามขั้นตอนในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (ด้านโรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยกำหนดผลสำเร็จคือป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ/โรคติดต่ออุบัติใหม่ ไม่ให้เกิดโรคหรือไม่มีการระบาดในระลอก (Generation) ที่ 2 ดังนี้ 1. มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ผังการจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ทะเบียนรายงานการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ 2. มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งอื่นที่สามารถระบุผู้ปฏิบัติงาน การจัดแบ่งกลุ่มการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินได้ ในระดับอำเภอ/ตำบล 3. มีรายชื่อทีมผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ สามารถประสานงานกับภาคีเครือข่ายอื่น รองรับการตอบโต้เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ได้ 4. รายงานผลการดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีการระบาดหรือเป็นปัญหาของพื้นที่ 5. รายงานผลการเกิดโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาด หรือไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (ข้อมูลจากรายงาน 506)					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ผังการจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ				
	2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งการปฏิบัติงานที่มีเนื้อหาครอบคลุมภารกิจเพื่อการตอบโต้ฯ ในระดับอำเภอ/ตำบล				
	3	รายงานผลการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีภาคีเครือข่ายหน่วยงานภายนอกเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการ				
	4	รายงานผลการดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีการระบาดหรือเป็นปัญหาของพื้นที่				
	5	รายงานผลการเกิดโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยไม่ให้เกิดการระบาดหรือควบคุมไม่ให้เกิดในระลอก (Generation) ที่ 2 (ข้อมูลจากร.506)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	จำนวน คปสอ.ที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด		ร้อยละ	-	88	100

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	5	5	100
	2	ท่าบ่อ	5	5	100
	3	โพนพิสัย	5	5	100
	4	ศรีเชียงใหม่	5	5	100
	5	สังคม	5	5	100
	6	สระใคร	5	5	100
	7	เผ่าไร่	5	5	100
	8	รัตนวาปี	5	5	100
	9	โพธิ์ตาก	5	5	100
		รวม	5	5	100
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลรายงาน 506 (โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่) 2. ผังการประสานเครือข่าย/ระบบเฝ้าระวัง ผังการจัดแบ่งกลุ่มและผู้ปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 3. ทะเบียนการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคอุบัติใหม่ 4. คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งอื่นที่มีหน้าที่/เนื้อหาครอบคลุม รายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) 5. รายงานผลการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีภาคีเครือข่ายหน่วยงานภายนอกเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการด้วย 6. รายงานผลดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือรายงานการสอบสวนโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ (ฉบับสมบูรณ์)				
ผู้รับผิดชอบ	นายสุรัชย์ กิจติกาล			โทร. 089-9430909	
	งาน จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพกลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42422923 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 67/-/-	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค(SAT&JIT) ระดับจังหวัด ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ทีม SAT จังหวัด (Situation Awareness Team) หมายถึง ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ระดับจังหวัด ทีม JIT จังหวัด (Joint Investigation Team) หมายถึง ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคระดับจังหวัด ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน ทีม SAT กรมควบคุมโรค หมายถึง ทีม SAT จังหวัดสามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวทางและมาตรฐาน 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ด้านความเป็นทีม (2 ตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัดย่อย) ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน (1 ตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัดย่อย) ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน (1 ตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัดย่อย) และด้านผลงาน (2 ตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัดย่อย) รวม 4 องค์ประกอบ 6 ตัวชี้วัด 19 ตัวชี้วัดย่อย (ระดับพื้นฐาน 19 ตัวชี้วัดย่อย ระดับดี 4 ตัวชี้วัดย่อย) ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน ทีม JIT กรมควบคุมโรค หมายถึง ทีม JIT จังหวัดสามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวทางและมาตรฐาน 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ด้านความเป็นทีม (2 ตัวชี้วัด 9 ตัวชี้วัดย่อย) ด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน (3 ตัวชี้วัด 16 ตัวชี้วัดย่อย) ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน (2 ตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัดย่อย) และด้านผลงาน (5 ตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัดย่อย) รวม 4 องค์ประกอบ 12 ตัวชี้วัด 37 ตัวชี้วัดย่อย (ระดับพื้นฐาน 32ตัวชี้วัดย่อย ระดับดี 12 ตัวชี้วัดย่อย) ผ่านมาตรฐานระดับพื้นฐาน คือ ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัดย่อย ผ่านมาตรฐานระดับดี คือ ผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน และระดับดีทุกตัวชี้วัดย่อย												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีม SAT ระดับจังหวัด 1 ทีม , ทีม JIT ระดับจังหวัด 1 ทีม												
เป้าหมาย	ทีม SAT & JIT จังหวัดปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานSRRTระดับดี												
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 : ประเมินตนเอง รอบที่ 2 : ประเมินโดย สคร.8 อุดรธานี (มิถุนายน 2563) (ผลประเมินรับรองมาตรฐาน มีอายุ 2 ปี 2563 - 2564)												
ระยะเวลาประเมินผล	ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน = มกราคม 2563 – มิถุนายน 2563 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = มิถุนายน 2562 – มิถุนายน 2563 ข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี = มิถุนายน 2561 – มิถุนายน 2563												
ระดับจังหวัด	ร้อยละตัวชี้วัดทีม SAT&JIT ระดับจังหวัดปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่ผ่านมาตรฐาน SAT & JIT B : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับดีที่ผ่านมาตรฐาน SAT & JIT												
รายการข้อมูล 2	C : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมดที่ประเมิน D : จำนวนตัวชี้วัดย่อยระดับดีทั้งหมดที่ประเมิน												
สูตรคำนวณ	ระดับพื้นฐาน (A/C) x 100 ระดับดี (Aทั้งหมด+B/C+D) x 100												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SAT & JIT ร้อยละ 100</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 40</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SAT & JIT ร้อยละ 100	2	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 40	3	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 60	4	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 80	5	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SAT & JIT ร้อยละ 100												
2	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 40												
3	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 60												
4	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 80												
5	ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัด ผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 100												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	ทีม SRRT (SAT&JIT) ระดับจังหวัด ทีม SRRT ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (โดยสคร.)		จำนวน อำเภอ	ระดับพฐ พื้นฐาน 6 ดี 3	ระดับพฐ พื้นฐาน 3 ดี 6	ระดับพฐ พื้นฐาน 3 ดี 6
ผลการรับรองมาตรฐาน ปี 2561 - 2563						
		ร้อยละตัวชี้วัด (100%)		ผ่านมาตรฐาน		
ลำดับ	คปสอ.	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี			
1	หนองคาย	100	95.83	ระดับพื้นฐาน		
2	ท่าบ่อ	100	100	ระดับดี		
3	โพนพิสัย	100	100	ระดับดี		
4	ศรีเชียงใหม่	100	100	ระดับดี		
5	สังคม	100	100	ระดับดี		
6	สระใคร	100	79.17	ระดับพื้นฐาน		
7	เผ่าไร่	100	100	ระดับดี		
8	รัตนวาปี	100	100	ระดับดี		
9	โพธิ์ตาก	100	83.33	ระดับพื้นฐาน		
เอกสารอ้างอิง	1. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์(SAT) 2. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานฯ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค(JIT) 3. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมSAT & JIT ปี					
ผู้รับผิดชอบ	ศิริพร พรหมศิริ		โทร. 0956638838			
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4242923 ต่อ136			

ตัวชี้วัดที่ 68/56/28	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ และตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อ
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด จำนวนศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ระดับอำเภอ, ตำบล ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัด
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ศูนย์ระบาดวิทยา หมายถึง ศูนย์ข้อมูลการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ของทีมSAT&JIT หรือ SRRT มีหน้าที่เก็บรวบรวม วิเคราะห์ ประเมิน สถานการณ์ รายงานและนำเสนอข้อมูล รับแจ้งข่าว เตือนภัย เฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรค ในทุกระดับ ระดับจังหวัด=สสจ.หนองคาย ระดับอำเภอ=สสอ.หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายตามที่ อำเภอกำหนด ระดับตำบล=รพ.สต. , PCU.รพ. ,รพ.พิสัยเวช เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อจังหวัดหนองคาย หมายถึง แนวทางการ ประเมินผลงานทางระบาดวิทยา ตามบทบาทหน้าที่ของทีม SAT&JIT หรือ SRRT กำหนด ตัวชี้วัดโดยอ้างอิงจากมาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อ ของกรมควบคุมโรค ผนวกกับตัวชี้วัดที่ได้ จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาของจังหวัดหนองคาย เพื่อให้สอดคล้องกับ บทบาทหน้าที่การดำเนินงานของหน่วยงานแต่ละระดับในรูปแบบเครือข่าย ประกอบด้วย เกณฑ์ 3 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านการเฝ้าระวังโรค (ความครอบคลุม, ความครบถ้วน, ความทันเวลา, ความ สม่าเสมอ, วิเคราะห์สถานการณ์, การเตือนภัย) 2. ด้านการสอบสวนโรค (ครบถ้วน, ทันเวลา, คุณภาพการสอบสวนและรายงาน) 3.ด้านการพัฒนาเครือข่าย ตัวชี้วัดเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับอำเภอ ประกอบด้วย เกณฑ์ด้านที่ 1, 2, 3 รอบที่ 1, 2 ประเมิน เกณฑ์ด้านที่ 1 = 5 ตัวชี้วัด 15 คะแนน ด้านที่ 2 = 5 ตัวชี้วัด 15 คะแนน เกณฑ์ด้านที่ 3 = 3 ตัวชี้วัด 9 คะแนน รวมทั้งสิ้น 39 คะแนน ตัวชี้วัดเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับตำบล ประกอบด้วย เกณฑ์ด้านที่ 1, 2 รอบที่ 1, 2 ประเมิน เกณฑ์ด้านที่ 1= 4 ตัวชี้วัด 12 คะแนน ด้านที่ 2= 4 ตัวชี้วัด 12 คะแนน รวมทั้งสิ้น 24 คะแนน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ที่ ระดับคะแนนรวมร้อยละ 60 เกณฑ์ระดับคุณภาพ ปรับปรุง ระดับคะแนนรวมร้อยละ <40 พอใช้ ระดับคะแนนรวมร้อยละ 40 - 59 ดี ระดับคะแนนรวมร้อยละ 60 - 79 ดีมาก ระดับคะแนนรวมร้อยละ 80 - 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอ 9 แห่ง, ระดับตำบล (รพ. และ รพ.สต.) 84 แห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละ 40 ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ระดับดีมาก ระดับคปสอ. : ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับ คะแนน ร้อยละ 80 ระดับตำบล : ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับ คะแนน ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัด/คปสอ. รอบที่ 1 : ประเมินโดยสสจ. รอบที่ 2 : ประเมินโดยสสจ. ระดับตำบล รอบที่ 1 : ประเมินโดย สสอ.,สสจ.สุ่มประเมิน 2 แห่ง (zero report) รอบที่ 2 : ประเมินโดย สสจ.,สสจ.สุ่มประเมิน 2 แห่ง (zero report)
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563

ประเมินผล	ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = ตุลาคม 2562 – ธันวาคม 2562 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = มกราคม 2562 – ธันวาคม 2562 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563 ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน = มกราคม 2563 – มิถุนายน 253 ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี = กรกฎาคม 2562 – มิถุนายน 2563	
ระดับจังหวัด	ร้อยละศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อ	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนศูนย์ระบาดวิทยาระดับอำเภอทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A / B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับดี ร้อยละ 100
	2	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับดีมาก ร้อยละ 30
	3	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับดีมาก ร้อยละ 40
	4	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับดีมาก ร้อยละ 50
	5	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อระดับดีมาก ร้อยละ 60
ระดับ คปสอ.	ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนนร้อยละ60 (ระดับดี)	
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอทั้งหมดตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ<ร้อยละ 20
	2	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 20
	3	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 40
	4	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 60
	5	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับอำเภอที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 80
ระดับ รพ.สต.	ร้อยละคะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อที่ระดับคะแนนร้อยละ 60 (ระดับดี)	
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลทั้งหมดตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ<ร้อยละ 20
	2	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 20
	3	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 40
	4	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 60
	5	คะแนนรวมตัวชี้วัดระดับตำบลที่ได้ตามเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ร้อยละ 80

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
					2560	2561	2562		
	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ			ร้อยละ	-	-	ระดับดีมาก 44.46 ระดับดี 55.56		
	ศูนย์ระบาดวิทยาตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ			ร้อยละ	-	-	ระดับดีมาก 20.24 ระดับดี 42.86 พอใช้ 26.19 ปรับปรุง 10.71		
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562								
	อำเภอ	ผลการประเมินศูนย์ ระบาดวิทยาอำเภอ		ผลการประเมินมาตรฐานระดับตำบล					
		ร้อยละ คะแนน รวม	ระดับ คุณภาพ	จำนวนศูนย์ ระบาดวิทยา ตำบล	ผ่านระดับคุณภาพ (แห่ง)			ร้อยละศูนย์ฯ ตำบลผ่าน มาตรฐาน	
	เมือง	61.54	ดี	18	-	9	8	1	50
	ท่าบ่อ	82.05	ดีมาก	11	3	6	1	1	81.82
	โพนพิสัย	88.89	ดีมาก	17	9	6	1	1	88.24
ศรีเชียงใหม่	61.11	ดี	7	-	1	2	4	14.29	
สังคม	66.67	ดี	6	1	2	3	-	50	
สระใคร	63.89	ดี	4	-	2	2	-	50	
เผ่าไร่	87.18	ดีมาก	8	2	4	2	-	75	
รัตนวาปี	92.31	ดีมาก	7	2	3	2	-	71.43	
โพธิ์ตาก	61.11	ดี	6	-	3	1	2	50	
รวม			84	17	36	22	9	63.10	
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารแบบเก็บข้อมูลการประเมินเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อจังหวัดหนองคาย ดาวโหลดเอกสาร Line : SRRT_NK 2. มาตรฐานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักกระบาด 3. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปี 2555								
ผู้รับผิดชอบ	ศิริพร พรหมศิริ							โทร. 09- 5663-8838	
	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ							โทร. 0 424 2923 ต่อ136	

**เกณฑ์และตัวชี้วัดคุณภาพมาตรฐานระดับวิทยารอคิดติดต่อ
สำหรับหน่วยงานแต่ละระดับ**

ตัวชี้วัด	ระดับตำบล	ระดับอำเภอ
1. เกณฑ์การเฝ้าระวังโรค		
1.1 มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	--	/
1.4 มีความสม่ำเสมอของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	/	/
1.2 มีความครบถ้วนถูกต้องของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	/	--
1.3 มีความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	/	/
1.5 มีการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง	/	/
1.6 มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค	--	/
2. เกณฑ์การสอบสวนโรค		
2.1 มีความครบถ้วนของการสอบสวนโรค	/	/
2.2 มีความทันเวลาของการสอบสวนโรค	/	/
2.3 มีความทันเวลาของการได้รับแจ้งข่าวการระบาด	--	/
2.4 มีการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ	/	/
2.5 มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพและนำเสนอผลงาน	/	/
3. เกณฑ์การพัฒนาเครือข่าย		
หน่วยงานในเครือข่ายที่ยังไม่เคยรับการประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน	--	/
3.2 หน่วยงานในเครือข่ายที่ไม่ผ่านเกณฑ์และสามารถพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ได้	--	/
3.3 หน่วยงานในเครือข่ายที่เคยผ่านเกณฑ์แล้วยังรักษามาตรฐานไว้ได้	--	/
ตัวชี้วัดย่อย	8	24
คะแนนเต็ม	24	39

ปรับปรุง 1 ตุลาคม 2562

การกำหนดตัวชี้วัดและวิธีคิดคะแนนเพื่อประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระดับวิทยารอคิดต่อ

ตัวชี้วัด	วิธีคิดคะแนน											
1. เกณฑ์การเฝ้าระวังโรค												
1.1 มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	0	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค < ร้อยละ 40										
	1	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค ร้อยละ 40-59										
	2	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค ร้อยละ 60-79										
	3	มีความครอบคลุมของหน่วยงานที่รายงานโรค ≥ ร้อยละ 80										
1.2 มีความสม่ำเสมอในการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง		<table><tr><th>ตำบล</th><th>อำเภอ</th></tr><tr><td>0</td><td>มีการรายงานสม่ำเสมอ < ร้อยละ 60 < ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 60 – 99 ร้อยละ 40-59</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 80 – 99 ร้อยละ 60-79</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการรายงานสม่ำเสมอ ≥ ร้อยละ 100 ≥ ร้อยละ 80</td></tr></table>	ตำบล	อำเภอ	0	มีการรายงานสม่ำเสมอ < ร้อยละ 60 < ร้อยละ 40	1	มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 60 – 99 ร้อยละ 40-59	2	มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 80 – 99 ร้อยละ 60-79	3	มีการรายงานสม่ำเสมอ ≥ ร้อยละ 100 ≥ ร้อยละ 80
ตำบล	อำเภอ											
0	มีการรายงานสม่ำเสมอ < ร้อยละ 60 < ร้อยละ 40											
1	มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 60 – 99 ร้อยละ 40-59											
2	มีการรายงานสม่ำเสมอ ร้อยละ 80 – 99 ร้อยละ 60-79											
3	มีการรายงานสม่ำเสมอ ≥ ร้อยละ 100 ≥ ร้อยละ 80											
1.3 มีความครบถ้วนถูกต้องของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	0	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน < ร้อยละ 40										
	1	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน ร้อยละ 40-59										
	2	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน ร้อยละ 60-79										
	3	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานมีความครบถ้วน ≥ ร้อยละ 80										
1.4 มีความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	0	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา < ร้อยละ 40										
	1	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา ร้อยละ 40-59										
	2	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา ร้อยละ 60-79										
	3	มีบัตรรายงาน/record ส่งทันเวลา ≥ ร้อยละ 80										
1.5 มีการจัดทำสถานการณ์โรคที่สำคัญและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง	0	ไม่มีการจัดทำสถานการณ์โรคและเผยแพร่										
	1	1- 24 สัปดาห์ หรือ 1-5 เดือน หรือ < ร้อยละ 50										
	2	25- 48 สัปดาห์ หรือ 6-9 เดือน หรือ ร้อยละ 50-79										
	3	49-52 สัปดาห์ หรือ 10-12 เดือน หรือ ≥ ร้อยละ 80										
1.6 มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อเตือนภัยจากการตรวจสอบสถานการณ์โรค	0	ไม่มีข้อเสนอแนะเตือนภัยและข้อมูลสถานการณ์โรคที่ตรวจสอบในรายงาน										
	1	1- 24 สัปดาห์ หรือ 1-5 เดือน หรือ < ร้อยละ 50										
	2	25- 48 สัปดาห์ หรือ 6-9 เดือน หรือ ร้อยละ 50 – 79										
	3	49-52 สัปดาห์ หรือ 10-12 เดือน หรือ ≥ ร้อยละ 80										
2. เกณฑ์การสอบสวนโรค												
2.1 มีความครบถ้วนของการสอบสวนโรคและมีรายงานสอบสวนโรคผู้ป่วยเฉพาะรายและสอบสวนการระบาด	0	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน < ร้อยละ 50										
	1	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 50 – 59										
	2	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 60 – 79										
	3	มีการสอบสวนโรคครบถ้วน ≥ ร้อยละ 80										
2.2 มีความทันเวลาของการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายและสอบสวนการระบาด	0	มีการสอบสวนโรคทันเวลา < ร้อยละ 50										
	1	มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 50 – 59										
	2	มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 60 – 79										
	3	มีการสอบสวนโรคทันเวลา ≥ ร้อยละ 80										

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

เกณฑ์การคิดคะแนนรวมเพื่อประเมินคุณภาพ

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

$$\text{ร้อยละคะแนนที่ได้} = \frac{\text{คะแนนรวมที่ได้จากการประเมินทุกตัวชี้วัด}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$$

ตัวชี้วัดที่ 69/57/29	ดัชนีลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด - 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	เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชน ได้ดำเนินการลดศักยภาพการแพร่กระจายโรคไข้เลือดออก โดยการลดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ค่า HI หมายถึง ร้อยละหลังคาเรือน / ชุมชน / หมู่บ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ค่า CI หมายถึง ร้อยละภาชนะที่มีน้ำขังที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย รพ.ของรัฐ หมายถึง รพท. , รพช. , รพสต.	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. จำนวนชุมชน / หมู่บ้านทั้งหมด 2. จำนวนโรงเรียน, วัด, ศพด. ทั้งหมด 3. จำนวน รพ.ของรัฐทั้งหมด และ รพ.พิสัยเวช	
เป้าหมาย	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 2563	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2563	
ระดับ	จังหวัด/คปสอ./รพสต.	
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. E : จำนวนที่มีค่า รพท./รพช./รพสต. CI = 0 F : จำนวน รพท./รพช./รพสต. ที่สำรวจทั้งหมด	ค่า CI ใน รพ.สต. E : จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย F : จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด
สูตรคำนวณ	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน = $(A/B) \times 100$ ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด. = $(C/D) \times 100$ ค่า CI ใน รพท./รพช./รพสต. = $(E/F) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด / คปสอ./รพสต.	ค่า HI ในชุมชน/หมู่บ้าน	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 84
	2	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 86
	3	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 88
	4	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 ร้อยละ 90
	5	หมู่บ้าน ชุมชน ที่มีค่า HI ≤ 10 $\geq$ ร้อยละ 92

	ค่า CI ในโรงเรียน/วัด/ศพด.																											
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																										
	1	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 92																										
	2	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 94																										
	3	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 96																										
	4	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 98																										
	5	โรงเรียน , วัด , ศพด. ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 100																										
	ค่า CI ในรพท./รพช./รพสต.																											
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																										
	1	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 92																										
	2	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 94																										
	3	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 96																										
	4	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 98																										
	5	รพ.รัฐ ที่มีค่า CI = 0 ร้อยละ 100																										
	ค่า CI ใน รพ.สต.																											
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																										
	0	รพสต. 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">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr><tr><td>ค่า HI (บ้าน)</td><td>ร้อยละ</td><td>98.2</td><td>96.40</td><td>97.40</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	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2560	2561	2562	ค่า HI (บ้าน)	ร้อยละ	98.2	96.40	97.40	ค่า CI (ร.ร.,วัด.ศพด.)	ร้อยละ	100	100	100	ค่า CI (รพท.,รพช.,รพสต.)	ร้อยละ	100	100	100
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ																										
		2560	2561	2562																								
ค่า HI (บ้าน)	ร้อยละ	98.2	96.40	97.40																								
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. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ																											
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702																									
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136																									

ตัวชี้วัดที่ 70/58/-	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2558–2562 ของจังหวัด						
หน่วยวัด	ร้อยละ						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำอธิบาย	- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2558 – 2562 ของจังหวัด หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีปัจจุบัน ลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2558 – 2562 ของจังหวัดหนองคาย						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ						
เป้าหมาย	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2558–2562 ของจังหวัด						
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน ปี 2558 – 2562 ของจังหวัด เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2563 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน ปี 2558 – 2562 ของจังหวัด เดือน มกราคม - กรกฎาคม						
ระดับจังหวัด/คปสอ.							
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2563 B : จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ปี 2563 C : จำนวนประชากรของจังหวัด/อำเภอ ทั้งหมด						
รายการข้อมูล 2	D : อัตราป่วยลดลง E : อัตราป่วยค่ามัธยฐานปี 2558 – 2562 ของจังหวัด A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2563						
สูตรคำนวณ	A = (B/C) x 100,000 D = (E-A)/E x 100						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด / ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2558–2562 ของจังหวัด ร้อยละ 20					
	2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2558–2562 ของจังหวัด ร้อยละ 10					
	3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2558–2562 ของจังหวัด ร้อยละ 0					
	4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2558–2562 ของจังหวัด ร้อยละ 10					
	5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2558–2562 ของจังหวัด ร้อยละ 20					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.			
				2559	2560	2561	2562
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง		ร้อยละ	- 21.8	-31.5	- 26.2	66.6
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก		ต่อ ปชก.แสนคน	35.22	31.52	36.21	102.85
	ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง		ต่อ ปชก.แสนคน	45.04	48.04	49.05	32.94

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2562 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัด หนองคาย				
ลำดับ	คปสอ.	อัตราป่วย ต่อ ปชก.แสนคน	อัตราป่วยค่ามัธยฐาน ต่อ ปชก.แสนคน	เพิ่มขึ้น/ลดลง ร้อยละ
1	เมือง	145.87	32.94	77
2	ท่าบ่อ	43.44	32.94	24
3	ศรีเชียงใหม่	42.06	32.94	22
4	สังคม	55.21	32.94	40
5	โพนพิสัย	28.31	32.94	-16
6	สระใคร	215.93	32.94	85
7	เฝ้าไร่	179.69	32.94	82
8	รัตนวาปี	165.21	32.94	80
9	โพธิ์ตาก	65.29	32.94	100
จังหวัดหนองคาย		102.85	32.94	66
เอกสารอ้างอิง	1. ระเบียบผู้ป่วยนอก ระเบียบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 2. รายงาน 506 (DF+DHF+DSS)			
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 71/59/-	มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก					
หน่วยวัด	ขั้นตอน					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) - มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก หมายถึง อำเภอมีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก ตามแนวทางและขั้นตอนการดำเนินงานตามระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ					
เป้าหมาย	อำเภอมีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก ตามแนวทางและขั้นตอนการดำเนินงานตามระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) 5 ขั้นตอน					
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP					
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : เดือน กุมภาพันธ์ 2563					
ประเมินผล	รอบที่ 2 : เดือน กรกฎาคม 2563					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก 5 อำเภอ				
	2	มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก 6 อำเภอ				
	3	มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก 7 อำเภอ				
	4	มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก 8 อำเภอ				
	5	มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การรักษายาบาลโรคไข้เลือดออก 9 อำเภอ				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/
	ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้					
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน				
1 1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ 1.2 มีการจัดทำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และพื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออก 1.3 มีแผนงาน / โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 1.4 มีทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 1.5 อปท.ทุกแห่ง ติดประกาศ เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญ ให้ประชาชนเห็นชัดเจน ณ ที่ทำการ /ตลาด / วัด 1.6 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และพัฒนาศักยภาพในการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 80 1.7 บุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ งานป้องกัน ควบคุม และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก (ในช่วง ก.พ. - เม.ย.) 1.8 มีการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกาและผลการคลอด ทุกราย						
2	2.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออก ให้สามารถดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานได้ (ช่วง มี.ค. – พ.ค.) 2.2 รพช. / รพท. ทุกแห่ง จัดตั้ง Dengue Corner เพื่อคัดกรองดูแลผู้ป่วย (ช่วง เม.ย. – ก.ย.)					

	2.3 มีรายงานการประชุม CUP ช่วงเดือน เมษายน - กันยายน ที่มีวาระในการขับเคลื่อนงาน ไข้เลือดออก 2.4 ทีม คปสอ. นิเทศการดำเนินงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ทุก รพสต. 2.5 แพทย์ที่จบใหม่ หรือแพทย์ที่หมุนเวียนมาใหม่ทุกคน ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพการ วินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก															
3	3.1 มีระบบการรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก ใน รง.506 Dash Board และมีระบบการกำกับติดตามการดำเนินงานใน รง.506 Dash Board 3.2 มีการแจ้ง / รายงานทีมควบคุมโรค ออกดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง 3.3 มีรายงานสอบสวนโรค 3.4 มีการติดตามรายงานตามแบบเฝ้าระวังและการสอบสวนโรคและ วิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติ															
4	มีการทบทวนอุบัติการณ์และสรุปผลการทบทวนเป็นเอกสาร ส่งให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดภายใน 4 สัปดาห์ หลังเกิดอุบัติการณ์ ดังนี้ <table><thead><tr><th></th><th>รพช.</th><th>รพท.</th></tr></thead><tbody><tr><td>ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต</td><td>ทุกราย</td><td>ทุกราย</td></tr><tr><td>ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ก่อนถึง รพ.</td><td>ทุกราย</td><td>ทุกราย</td></tr><tr><td>ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ขณะรักษาใน รพ.</td><td>≤ 50 %</td><td>≤ 5 %</td></tr><tr><td>เกิดการป่วยใน Second generation</td><td>≤ 50 %</td><td>≤ 50 %</td></tr></tbody></table>		รพช.	รพท.	ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต	ทุกราย	ทุกราย	ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ก่อนถึง รพ.	ทุกราย	ทุกราย	ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ขณะรักษาใน รพ.	≤ 50 %	≤ 5 %	เกิดการป่วยใน Second generation	≤ 50 %	≤ 50 %
	รพช.	รพท.														
ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต	ทุกราย	ทุกราย														
ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ก่อนถึง รพ.	ทุกราย	ทุกราย														
ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ขณะรักษาใน รพ.	≤ 50 %	≤ 5 %														
เกิดการป่วยใน Second generation	≤ 50 %	≤ 50 %														
5	มีการทบทวนอุบัติการณ์และสรุปผลการทบทวนเป็นเอกสาร ส่งให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดภายใน 4 สัปดาห์ หลังเกิดอุบัติการณ์ ดังนี้ <table><thead><tr><th></th><th>รพช.</th><th>รพท.</th></tr></thead><tbody><tr><td>ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต</td><td>ทุกราย</td><td>ทุกราย</td></tr><tr><td>ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ก่อนถึง รพ.</td><td>ทุกราย</td><td>ทุกราย</td></tr><tr><td>ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ขณะรักษาใน รพ.</td><td>> 50 %</td><td>> 5 %</td></tr><tr><td>เกิดการป่วยใน Second generation</td><td>> 50 %</td><td>> 50 %</td></tr></tbody></table>		รพช.	รพท.	ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต	ทุกราย	ทุกราย	ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ก่อนถึง รพ.	ทุกราย	ทุกราย	ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ขณะรักษาใน รพ.	> 50 %	> 5 %	เกิดการป่วยใน Second generation	> 50 %	> 50 %
	รพช.	รพท.														
ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต	ทุกราย	ทุกราย														
ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ก่อนถึง รพ.	ทุกราย	ทุกราย														
ผู้ป่วยไข้เลือดออก Shock ขณะรักษาใน รพ.	> 50 %	> 5 %														
เกิดการป่วยใน Second generation	> 50 %	> 50 %														
รอบที่ 1 ประเมินทุกขั้นตอน																
รอบที่ 2 ประเมินทุกขั้นตอน																
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล/อำเภอ 3. ข้อมูลสถานการณ์ไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ 5 ปีย้อนหลัง พร้อม mapping ผู้ป่วยไข้เลือดออก 4. ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 5. หลักฐานการจัดการประชุม อสม. เรื่องไข้เลือดออก และพัฒนาศักยภาพในการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 6. หลักฐานการจัดการประชุมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในทุกหน่วยบริการสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามคู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก เรงกิ ของกระทรวงสาธารณสุข (จัดโดย CUP เอง) 7. รายงานการประเมินไข้วของทีมประเมินระดับอำเภอ เรื่อง การจัดตั้ง Dengue corner ใน รพท., รพช., รพสต. และการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกใน รพสต. 8. การพัฒนาศักยภาพแพทย์จบใหม่ในการวินิจฉัยรักษาโรคไข้เลือดออก โดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ 9. ทะเบียนการรับ / แจ้ง / รายงานให้ทีม SRRT ออกดำเนินการสอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง 10. รายงานการสอบสวนโรครายแรกของหมู่บ้าน หรือ เหตุการณ์ ทุกราย															

	11. ระเบียบผู้ป่วยนอก ระเบียบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 12. บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย / การส่งต่อผู้ป่วย 13. รายงานการประชุม CUP ช่วงเดือนเมษายน - กันยายน ที่มีวาระการประชุมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 14. ประกาศ อปท.เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญ 15. Dengue Corner ใน รพสต./ รพช. /รพท. 15. การทบทวนระบบ รง.506 Dash Board 16. รายงานการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกาและผลการคลอด 17. เอกสารรายงานการทบทวนอุบัติการณ์ โรคไข้เลือดออก	
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุญพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 72/60/-	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	1. เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2. ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS)																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ																
เป้าหมาย	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10																
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2563																
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม - กรกฎาคม 2563																
ระดับจังหวัด/คปสอ.																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ตายด้วยโรคไข้เลือดออก																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด																
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด / ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 1.00</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.70</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.40</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.10</td></tr> </tbody> </table>				ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00	2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 1.00	3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.70	4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.40	5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.10	
ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00																
2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 1.00																
3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.70																
4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.40																
5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก $\leq$ ร้อยละ 0.10																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วย วัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10</td><td>ร้อยละ</td><td>0</td><td>0.53</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ร้อยละ	0	0.53	0
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2560	2561	2562													
อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ร้อยละ	0	0.53	0													
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอ 2. ทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. รายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วย																
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702														
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136														

4. Innovation Base

ตัวชี้วัดที่ 73/61/-	ร้อยละหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	
หน่วยวัด	ขั้นตอน	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	Digital Transformation หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย มุ่งเน้นให้มีการ พัฒนาแนวทางการดำเนินงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดการบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ดังนี้ 1. มีหน้าจอแสดงลำดับคิวในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการและหน้าห้องตรวจ 2. มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ทุกคลินิก ทุกแผนก 3. มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 4. มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการแต่ละจุดบริการทุกแผนก OPD (ตรวจสอบข้อมูลจาก Server HIS Gateway) 5. มีบริการนัดหมายแบบเหลิ้มเวลา มาแล้วได้รับการตรงเวลา 6. มีช่องทางออนไลน์แจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 7. ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยทางราชการจากผู้รับบริการ	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด รพท. 1 แห่ง รพช. 2 แห่ง ระดับ คปสอ. รอบที่ 1 ระดับคะแนน 3 รอบที่ 2 ระดับคะแนน 5	
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยทีมจังหวัด	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563	
ระดับจังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ผ่านระดับคะแนนที่ 5	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	รพท. 1 แห่ง
	3	รพท. 1 แห่ง และ รพช. 1 แห่ง
	5	รพท. 1 แห่ง และ รพช. 2 แห่ง
ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ระดับคะแนน 3 รอบที่ 2 ระดับคะแนน 5	

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ. (โรงพยาบาลเป้าหมายปี 2563) 1. รพ.หนองคาย 2. รพ.ท่าบ่อ 3. รพ.โพนพิสัย	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	1. มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ทุกคลินิก ทุกแผนก 2. ยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยทางราชการจากผู้รับบริการ (ยกเว้น IPD ยังต้องใช้เอกสารประกอบการเบิกจ่าย)			
	2	มีการดำเนินงานตามข้อ 1 และมีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR: Electronic Medical Records)			
	3	มีการดำเนินการตามข้อ 2 และมีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการแต่ละจุดบริการทุกแผนก OPD (ตรวจสอบข้อมูลจาก Server HIS Gateway)			
	4	มีการดำเนินการตามข้อ 3 และ 1) ช่องทางออนไลน์แจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ คิวรื้อยา และอื่นๆ 2) มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา มาแล้วได้รับบริการตรงเวลา หรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม			
	5	มีการดำเนินการตามข้อ 4 และ มีผลลัพธ์ ดังนี้ ความพึงพอใจผู้รับบริการมากกว่า ร้อยละ 80 (0.4 คะแนน) เรื่องร้องเรียนการบริการลดลงจากปี 2562 (0.3 คะแนน) ระยะเวลาการรอคอยให้บริการผู้ป่วยนอกลดลง (0.3 คะแนน)			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ. 1. รพ.ศรีเชียงใหม่ 2. รพ.สังคม 3. รพ.สระใคร 4. รพ.เฝ้าไร่ 5. รพ.รัตนวาปี 6. รพ.โพธิ์ตาก	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	1. มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ทุกคลินิก ทุกแผนก 2. ยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยทางราชการจากผู้รับบริการ (ยกเว้น IPD ยังต้องใช้เอกสารประกอบการเบิกจ่าย)			
	2	มีการดำเนินงานตามข้อ 1 และมีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR: Electronic Medical Records)			
	3	มีการดำเนินการตามข้อ 2 และมีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการแต่ละจุดบริการทุกแผนก OPD (ตรวจสอบข้อมูลจาก Server HIS Gateway)			
	4	มีการดำเนินการตามข้อ 3 และ มีการให้คิวผู้ป่วยในการรับบริการ (บัตรคิว)			
	5	มีการดำเนินการตามข้อ 4 และ มีผลลัพธ์ ดังนี้ ความพึงพอใจผู้รับบริการมากกว่า ร้อยละ 80 (0.4 คะแนน) เรื่องร้องเรียนการบริการลดลงจากปี 2562 (0.3 คะแนน) ระยะเวลาการรอคอยให้บริการผู้ป่วยนอกลดลง (0.3 คะแนน)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
	หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital		แห่ง	2560	2561
			-	-	-
เอกสารอ้างอิง	- แบบสอบถาม Smart Hospital สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข - ประเมินจากการตรวจเยี่ยม/ซักถาม การปฏิบัติงานจริง				
ผู้รับผิดชอบ	นายสัมพันธ์ บัณฑิตเสน			โทร. 08 5746 8710	
	นายภาสกร ประดับวงศ์			โทร. 08 5924 9926	
	งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 106, 117	

ตัวชี้วัดที่ 74/62/30	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	หน่วยบริการ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทุกระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ ทางกายภาพ/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัยหรือพัฒนาได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงนวัตกรรม (innovation) ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางกายภาพ/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้งานก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในจังหวัดหนองคาย												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80) ระดับ คปสอ. : ร้อยละของหน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ ส่งผลงานระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ (ร้อยละ 100) ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (5 ขั้นตอน)												
วิธีการประเมิน	แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R/รายงานผลการดำเนินงาน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563												
ระดับจังหวัด	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด												
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>ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ	2	ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ	3	ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ	4	ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ	5	ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ												
2	ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ												
3	ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ												
4	ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ												
5	ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ												

ระดับ คปสอ.	ร้อยละของหน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ ส่งผลงานระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ ร้อยละ 100	
สูตรคำนวณ	ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 1	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. มีแผนงาน/โครงการ ซึ่งมีกิจกรรมพัฒนางานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ 2. มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการศึกษาวิจัย/R2R 3. คณะทำงาน มีการควบคุม กำกับ ติดตามให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานตาม แผนงาน/โครงการ
	2	1. โครงการวิจัย/R2R ได้ขอรับการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่ การศึกษาวิจัยกระทำต่อมนุษย์ ทุกผลงาน 2. มีฐานข้อมูลจำนวนผลงานวิจัย/R2R ที่ดำเนินการในพื้นที่ 3. มีหน่วยงานที่กำลังดำเนินงานวิจัย/R2R เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการ เก็บข้อมูล
	3	ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลัง ดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอน และวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 60
	4	ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลัง ดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอน และวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 80
	5	ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลัง ดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอน และวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 100
ระดับ คปสอ. รอบที่ 2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปแบบสมบูรณ์ หรือ บทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 60
	2	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปแบบสมบูรณ์ หรือ บทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 80
	3	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปแบบสมบูรณ์ หรือ บทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 100
	4	ระดับคะแนน 3 และหน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ ส่งผลงานระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ ร้อยละ 80
	5	ระดับคะแนน 3 และหน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ ส่งผลงานระดับ จังหวัด/เขต/ประเทศ ร้อยละ 100
ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	
สูตรคำนวณ	ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน	

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต. รอบที่ 1	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน		
	1		หน่วยงาน มีแผนพัฒนางาน/โครงการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย		
	2		พัฒนาบุคลากรในการพัฒนางานวิจัย R2R		
	3		มีผลการวิเคราะห์ห้องครุ/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง		
	4		ออกแบบกระบวนการวิจัย/ขอรับการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ในกรณี ที่การศึกษาวิจัยกระทำต่อมนุษย์		
	5		หน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการ เก็บข้อมูล		
ระดับ รพ.สต. รอบที่ 2	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน		
	1		หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R หรือบทความวิจัย (Manuscript) ที่เป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์		
	3		มีการนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการระดับอำเภอ		
	5		มีการนำเสนอผลงานวิชาการในเวทีวิชาการระดับจังหวัด หรือ เขต หรือประเทศ		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2560	2561
				2562	
	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการ เผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ		ร้อยละ	NA	NA
	ผลการดำเนินงาน จำนวนผลงานวิจัย R2R ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	21	21	100
	2	ท่าบ่อ	14	14	100
	3	โพนพิสัย	17	17	100
	4	ศรีเชียงใหม่	8	6	75.00
	5	สังคม	6	4	57.14
	6	สระใคร	5	3	60.00
	7	เผ่าไร่	9	9	100
	8	รัตนวาปี	8	8	100
	9	โพธิ์ตาก	6	6	100
	10	พิสัยเวท	-	-	-
	รวม		94	88	93.62
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ ซึ่งมีกิจกรรมพัฒนางานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ				
	2. เอกสารสรุปรายงานการประชุมหรือกิจกรรม				
	3. ภาพถ่ายกิจกรรม				
	4. เอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ หรือบทความวิจัย				
	5. เกียรติบัตรหรือใบรับรองว่าได้ร่วมนำเสนอผลงานวิจัย/R2R ในเวทีวิชาการต่างๆ				
	6. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานความสำเร็จของโครงการ				
ผู้รับผิดชอบ	1.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทร. 083-4151965	
	2.นางสุปราณี ผานารัตน์ นักทรัพยากรบุคคล			โทร. 095-6699329	
หัวหน้ากลุ่มงาน	นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทรศัพท์. : 095-6729645	
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล			โทร. 0 4242 923 ต่อ107	

ตัวชี้วัดที่ 75/63/-	ร้อยละของอำเภอที่มีนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เป็น Best Practice อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการเดิม ด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านการสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วม ทั้งนี้ โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นมาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้ Best Practice หมายถึง โครงการ/กิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติงานที่เกิดจากการใช้ความรู้ ในการสร้างสรรค์ เพื่อการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนางานจนบรรลุตามเป้าหมายของงานที่คาดหวัง เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ที่ดี ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการประชาชน ภาครัฐเครือข่าย รวมถึงเป้าหมายสำคัญ/นโยบายองค์กร ทั้งนี้ ต้องแสดงถึงความสำเร็จของงาน ที่บรรลุตามเป้าหมายที่คาดหวัง โดยมีการออกแบบระบบในการแก้ไข พัฒนางาน ในกรอบของวงจรคุณภาพ ตั้งแต่การวางแผน การออกแบบขั้นตอน/กระบวนการปฏิบัติ การตรวจสอบประเมินผล การสรุปบทเรียน การปรับปรุงพัฒนางาน และการเชื่อมโยงกับภาพรวมขององค์กร เช่น การใช้กรอบทฤษฎี PDCA เป็นต้น												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละของอำเภอที่มีนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เป็น Best Practice อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง ระดับ คปสอ. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนานวัตกรรมสู่ Best Practice 5 ขั้นตอน												
วิธีการประเมิน	เอกสารรูปแบบรายงานผลนวัตกรรม รายงานผลการดำเนินงาน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ไม่ประเมิน รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2563												
ระดับจังหวัด	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เป็น Best Practice (อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง)												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>หน่วยงานสนับสนุน มีการกำหนด Outline ออกแบบเพื่อจัดทำนวัตกรรมในพื้นที่ มีแผนปฏิบัติการหรือจัดการประชุมประเด็นการจัดทำนวัตกรรมเพื่อทำ Best Practice มีกลไกบริหารงานนวัตกรรมและจัดการความรู้ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์</td></tr><tr><td>2</td><td>ดำเนินการตาม Outline มีผลลัพธ์การดำเนินงานและมีรายงานผลการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดนวัตกรรม</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาในชุมชน</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการตรวจสอบ สรุป และอภิปรายเตรียมเผยแพร่ผลงานนวัตกรรม/ข้อเสนอแนะการนำสิ่งที่ได้จากการจัดทำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์</td></tr><tr><td>5</td><td>มีนวัตกรรมที่เป็น Best Practice อำเภอละ 1 เรื่อง และนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการระดับจังหวัด</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานสนับสนุน มีการกำหนด Outline ออกแบบเพื่อจัดทำนวัตกรรมในพื้นที่ มีแผนปฏิบัติการหรือจัดการประชุมประเด็นการจัดทำนวัตกรรมเพื่อทำ Best Practice มีกลไกบริหารงานนวัตกรรมและจัดการความรู้ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์	2	ดำเนินการตาม Outline มีผลลัพธ์การดำเนินงานและมีรายงานผลการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดนวัตกรรม	3	มีการใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาในชุมชน	4	มีการตรวจสอบ สรุป และอภิปรายเตรียมเผยแพร่ผลงานนวัตกรรม/ข้อเสนอแนะการนำสิ่งที่ได้จากการจัดทำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์	5	มีนวัตกรรมที่เป็น Best Practice อำเภอละ 1 เรื่อง และนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการระดับจังหวัด
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยงานสนับสนุน มีการกำหนด Outline ออกแบบเพื่อจัดทำนวัตกรรมในพื้นที่ มีแผนปฏิบัติการหรือจัดการประชุมประเด็นการจัดทำนวัตกรรมเพื่อทำ Best Practice มีกลไกบริหารงานนวัตกรรมและจัดการความรู้ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์												
2	ดำเนินการตาม Outline มีผลลัพธ์การดำเนินงานและมีรายงานผลการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดนวัตกรรม												
3	มีการใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาในชุมชน												
4	มีการตรวจสอบ สรุป และอภิปรายเตรียมเผยแพร่ผลงานนวัตกรรม/ข้อเสนอแนะการนำสิ่งที่ได้จากการจัดทำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์												
5	มีนวัตกรรมที่เป็น Best Practice อำเภอละ 1 เรื่อง และนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการระดับจังหวัด												

ระดับ คปสอ.	ระดับความสำเร็จของการพัฒนานวัตกรรมสู่ Best Practice 5 ขั้นตอน					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยงานสนับสนุน มีการกำหนด Outline ออกแบบเพื่อจัดทำนวัตกรรมในพื้นที่ มีแผนปฏิบัติการหรือจัดการประชุมประเด็นการจัดทำนวัตกรรมเพื่อทำ Best Practice มีกลไกบริหารงานนวัตกรรมและจัดการความรู้ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์				
	2	ดำเนินการตาม Outline มีผลลัพธ์การดำเนินงานและมีรายงานผลการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดนวัตกรรม				
	3	มีการใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาในชุมชน				
	4	ตรวจสอบ สรุป และอภิปรายเตรียมเผยแพร่ผลงานนวัตกรรม/ข้อเสนอแนะการนำสิ่งที่ได้จากการจัดทำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์				
	5	มีนวัตกรรมที่เป็น Best Practice จำนวน 1 เรื่อง และนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการระดับจังหวัด				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2560	2561	2562
	จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ ที่เป็น Best Practice		ร้อยละ	NA	NA	NA
เอกสารอ้างอิง	- เอกสารสรุปรายงานการประชุมหรือกิจกรรม - ภาพถ่ายกิจกรรม - เอกสารสรุปผลการดำเนินงานความสำเร็จของโครงการ					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทร. 08 3415 1965		
	2. นางสุปราณี ผานาร์ตน์ นักทรัพยากรบุคคล			โทร .09 5669 9329		
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล			โทร. 0 4242 923 ต่อ 107		
หัวหน้ากลุ่มงาน	นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			โทรศัพท์. : 09 5672 9645		
	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล			โทร. 0 4242 923 ต่อ 107		

5. Potential Base

ตัวชี้วัดที่ 76/64/31	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการดังนี้ ด้านกระบวนการ 1. ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็น หมายถึง ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอปัญหาสุขภาพจากประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ โดย คปสอ. ในจังหวัดหนองคาย รวบรวมผลการประชาคม โดยจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน 2562 และนำข้อคิดเห็นไปปรับปรุงกระบวนการทำงาน และส่งสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ถึงกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ 2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการราชการของหน่วยงาน หมายถึง คปสอ./รพ.สต. ในจังหวัดหนองคาย มีการจัดทำปฏิบัติการประจำปี 2563 โดย คปสอ.ส่งแผนปฏิบัติการให้ นพ.สสจ.เป็นผู้อนุมัติ, รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ, ศสม. ส่งแผนให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้อนุมัติ ทั้งนี้ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนพฤศจิกายน 2562 3. มีการดำเนินงานตามแผน หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการภายในเดือนมกราคม 2563 และมีการสรุปการใช้จ่ายงบประมาณ พร้อมทั้งรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยตัดยอดวันที่ 25 ของเดือน และส่งให้ สสจ.ภายในวันที่ 26 ของทุกเดือน โดยมีการควบคุมกำกับงานในการประชุมประจำเดือนของ คปสอ.ทุกเดือน 4. มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย หมายถึง หน่วยงานระดับจังหวัด (สสจ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับ คปสอ. โดยคณะกรรมการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง และสรุปผลการประเมินแจ้งในที่ประชุม กวป. หน่วยงานระดับอำเภอ (คปสอ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับตำบล (รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล) ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ครั้งที่ 2 ภายในเดือนกรกฎาคม 2563 และส่งผลการนิเทศ/ประเมิน ให้ สสจ.ภายในระยะเวลาที่กำหนด ด้านผลลัพธ์ 5. KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3 (รอบที่ 1) และ ระดับคะแนน 5 (รอบที่ 2) หรือตามที่กำหนด และผลงานภาพรวมผ่านระดับดีขึ้นไป เกณฑ์การจัดระดับคะแนน ดังนี้ - คะแนน <50 ระดับปรับปรุง - คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา - คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง - คะแนน 70-79.99 ระดับดี - คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังรายละเอียดแนบท้าย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.ในจังหวัดหนองคาย ทั้ง 9 อำเภอ
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80 ระดับ คปสอ. : อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีขึ้นไป รพ.สต. : KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากเอกสาร รูปเล่มสรุปผลงาน และการส่งผลงาน file เอกสารตามขั้นตอนการพัฒนาการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ด้านกระบวนการและผลลัพธ์

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่กันยายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2563) รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่กันยายน 2562 – กรกฎาคม 2563)				
ระดับจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ.ที่ผ่านคุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ.ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 60			
	2	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 70			
	3	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80			
	4	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 90			
	5	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร้อยละ 100			
ระดับ คปสอ.	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีขึ้นไป				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับปรับปรุง			
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพัฒนา			
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพอใช้			
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดี			
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีมาก			
ระดับ รพ.สต.	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75				
ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 55			
	2	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 60			
	3	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 65			
	4	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 70			
	5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2560	2561	2562
	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์	ร้อยละ	55.55% (5 อำเภอ)	-	100% (9 อำเภอ)
	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ปี 2562				
	ลำดับ	อำเภอ	คะแนนเต็ม	ผลคะแนน	ระดับ
	1	เมือง	100	89.37	ดีมาก
	2	ท่าบ่อ	100	89.82	ดีมาก
	3	โพนพิสัย	100	93.33	ดีมาก
	4	ศรีเชียงใหม่	100	73.51	ดี
	5	สังคม	100	95.56	ดีมาก
	6	สระใคร	100	80.00	ดีมาก
	7	เผ่าไร่	100	92.63	ดีมาก
	8	รัตนวาปี	100	80.00	ดีมาก
	9	โพธิ์ตาก	100	86.67	ดีมาก
		จังหวัดหนองคาย	9 อำเภอ	ระดับดีขึ้นไป	9 อำเภอ

เอกสารอ้างอิง	1. แผนยุทธศาสตร์ 2. แผนปฏิบัติการ พขอ./แผนการจัดบริการตาม Service Plan 3. โครงการตามแผนปฏิบัติการ 4. รายงานการประชุม คปสอ. 5. ไฟล์การส่งสรุปการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ 6. สรุปผลการนิเทศงาน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 7. สรุปผลการประเมิน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 8. ภาพถ่ายการประเมิน/นิเทศ		
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์	โทร. 08-1592-7689	
	นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ	โทร. 08-1662-4126	
	นางบังอร พันนีก	โทร. 08-1717-2607	
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117, 119	

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
ด้านกระบวนการ					
1	ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอปัญหาสุขภาพจากประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียและผู้รับบริการ	5 คะแนน			คปสอ.รวบรวมสรุปประเด็น ผลประชาคมระดับ ตำบล
	- ไม่มีการจัดกระบวนการประชาคมฯ	0 คะแนน			- สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและ ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
	- จัดกระบวนการประชาคมฯ ช้ากว่าระยะเวลาที่ กำหนด	1 คะแนน			- ภาพกิจกรรม
	- จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่ กำหนดแต่ยังไม่ส่งสรุปผล	3 คะแนน			
	- จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่ กำหนดและส่งสรุปผล	5 คะแนน			
2	หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนได้รับการ อนุมัติภายในกำหนด	5 คะแนน			จัดทำแผนสรุปเป็นรูปเล่ม อนุมัติแผนปฏิบัติการให้ เสร็จสิ้น ภายในเดือนพฤศจิกายน 2562
		<80% = 0			- คปสอ./รพ. จัดทำ แผนปฏิบัติการ (1, 2)
		ร้อยละ 80 = 1 คะแนน			- รพ.สต./ศสม.จัดทำแผนปฏิบัติการ (3, 4)
		ร้อยละ 85 = 2 คะแนน			โดยที่
		ร้อยละ 90 = 3 คะแนน			- คปสอ. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ นพ.สสจ. เป็น ผู้อนุมัติ (1)
		ร้อยละ 95 = 4 คะแนน			- รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ (2)
		ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			- ศสม./PCU รพ. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้อนุมัติ (3)
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ โครงการได้รับการลงนามภายในเดือนมกราคม 2563	5 คะแนน			จัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการและโครงการ ได้รับการลงนามอนุมัติ ภายในเดือนมกราคม 2563
		ร้อยละ <80% = 0			- กรณีโครงการที่มีจัดประชุม ออมรม สัมมนา ให้ เสนอ นพ.สสจ.หนองคาย ลงนาม
		ร้อยละ 80 = 1 คะแนน			- กรณีโครงการที่ใช้งบกองทุนตำบล เมื่อได้รับการ แจ้งจัดสรรงบประมาณ
		ร้อยละ 85 = 2 คะแนน			
		ร้อยละ 90 = 3 คะแนน			
		ร้อยละ 95 = 4 คะแนน			
		ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
3.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน ส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ (เริ่ม ก.พ.63)	5 คะแนน ไม่ส่ง=0 1 เดือน=5	5 คะแนน ไม่ส่ง=0 1 เดือน=1 1 เดือน=2 3 เดือน=3 4 เดือน=4 5 เดือน=5		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน รอบที่ 1 ช่วงเดือน ก.พ.63 รอบที่ 2 ช่วงเดือน ก.พ.-ก.ค.63
3.3	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ หน่วยงานมีการใช้จ่ายงบประมาณ ร้อยละ	5 คะแนน <20=0 20=1 คะแนน 25=2 คะแนน 30=3 คะแนน 35=4 คะแนน 40=5 คะแนน	5 คะแนน <60=0 60=1 คะแนน 55=2 คะแนน 70=3 คะแนน 75=4 คะแนน 80=5 คะแนน		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน มีผลการเบิกจ่ายงบประมาณตามกำหนด ดังนี้ - ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่าย ร้อยละ 33 - ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่าย ร้อยละ 55 - ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่าย ร้อยละ 76 - ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่าย ร้อยละ 98
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร ส่งไฟล์เอกสารครบทั้ง 6 ไฟล์ ชำกว่ากำหนด	5 คะแนน > 4 วัน=0 4 วัน=1 คะแนน 3 วัน=2 คะแนน 2 วัน=3 คะแนน 1 วัน=4 คะแนน ภายในกำหนด=5 คะแนน			ส่งสรุปผลการนิเทศงานและประเมินผลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (1) SAR ผลการประเมินตนเองของ คปสอ. (2) SAR ผล คปสอ. ประเมิน รพ.สต./ศสม. (3) สรุปผลการนิเทศ รพ.สต./ศสม. (4) จัดลำดับคะแนน รพ.สต. (5) ภาพถ่าย (6) เล่มสรุปรายงานผลการปฏิบัติงาน ส่งตามที่กำหนด
4.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขของ คปสอ. คะแนนรูปเล่มรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขฯ	5 คะแนน ระดับปรับปรุง = 1 คะแนน ระดับพัฒนา = 2 คะแนน ระดับปานกลาง = 3 คะแนน ระดับดี = 4 คะแนน ระดับดีมาก = 5 คะแนน			* รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ. โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ - คะแนน <50 ระดับปรับปรุง - คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา - คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง - คะแนน 70-79.99 ระดับดี - คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก
ด้านผลลัพธ์					
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	55 คะแนน <ร้อยละ55 = 0 คะแนน ร้อยละ 55 = 5 คะแนน ร้อยละ 60 = 10 คะแนน ร้อยละ 65 = 15 คะแนน ร้อยละ 70 = 20 คะแนน ร้อยละ 75 = 25 คะแนน			โดยที่ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal Setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3 (รอบที่ 1) หรือ ที่ระดับคะแนน 5 (รอบที่ 2) หรือ ตามที่กำหนด
	รวมคะแนน	เต็ม 50 คะแนน	ได้	ร้อยละ	

สรุปตารางการให้คะแนน

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนนเต็ม
	ด้านกระบวนการ				
1	ตำบลมีกระบวนการประชาคมฯ และ คปสอ.รวบรวมสรุปประเด็นฯ	5			
2	หน่วยงานจัดทำแผนและแผนปฏิบัติการได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5			
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ	5			
3.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน	5			
3.3	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ	5			
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร	5			
4.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ.	5			
	ด้านผลลัพธ์				
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	25			
	รวมคะแนน	60			

ตัวชี้วัดที่ 77/65/-	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น						
หน่วยวัด	ร้อยละ						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำอธิบาย	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE : Life Expectancy) หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปี โดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร อายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE : Health-Adjusted Lift Expectancy) หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปี โดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร โดยปรับกับผลรวมของสถานะสุขภาพระดับต่างๆ ในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งมีการให้น้ำหนักของสถานะสุขภาพตั้งแต่ 0 ซึ่งหมายถึงการตายไปจนถึง 1 ซึ่งหมายถึง สุขภาพสมบูรณ์ที่สุด (Optimum health) ซึ่งจำนวนปีเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ จะถูกปรับค่าให้ลดลง หากประชากรทุกคนไม่ได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด และจำนวนปีจะลดลงมาก หากประชากรที่มีชีวิตอยู่นั้น มีสุขภาพที่ไม่ดี						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในจังหวัดหนองคาย						
เป้าหมาย	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น						
วิธีการประเมินผล	รอบที่ 1 ค่า LE และ HALE ปี 2561 ไฟล์ xxxx-LE&HALE_NK_2561 รอบที่ 2 ค่า LE และ HALE ปี 2562 ไฟล์ xxxx-LE&HALE_NK_2562						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2561) รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2562)						
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ค่า LE และ ค่า HALE						
รายการข้อมูล 1	A : ค่า LE และ HALE ปี 2561						
รายการข้อมูล 2	B : ค่า LE และ HALE ปี 2562						
สูตรคำนวณ	B-A						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน LE		2. เกณฑ์การให้คะแนน HALE			
	1	ค่า LE ลดลง 0.1		ค่า HALE ลดลง 0.1			
	2	ค่า LE ลดลง 0.05		ค่า HALE ลดลง 0.05			
	3	ค่า LE คงที่		ค่า HALE คงที่			
	4	ค่า LE เพิ่มขึ้น 0.05		ค่า HALE เพิ่มขึ้น 0.05			
	5	ค่า LE เพิ่มขึ้น 0.1		ค่า HALE เพิ่มขึ้น 0.1			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2560	2561	2562	
	ค่า LE		ปี	76.05	76.78	77.15	
	ค่า HALE		ปี	68.79	69.35	69.65	
	LE & HALE ปี 2559-2561						
	อำเภอ	2559		2560		2561	
		LE	HALE	LE	HALE	LE	HALE
	เมือง	76.77	69.39	77.49	69.94	77.12	69.58
	ท่าบ่อ	79.01	71.11	79.79	71.71	77.95	70.25
	โพนพิสัย	74.79	67.83	75.33	68.24	75.31	68.22
ศรีเชียงใหม่	75.95	68.62	76.22	68.78	77.73	70.12	
สังคม	76.57	69.32	77.05	69.69	75.48	68.38	
สระใคร	73.57	66.77	74.14	67.17	75.80	68.68	
เผ่าไร่	74.64	67.63	75.16	68.04	78.13	70.48	
รัตนวาปี	74.43	67.43	74.74	67.68	78.59	70.85	
โพธิ์ตาก	74.62	67.74	74.94	67.96	74.99	67.85	
จังหวัดหนองคาย	76.05	68.79	76.78	69.35	77.15	69.65	

เอกสารอ้างอิง	1. จำนวนประชากรแยกรายอำเภอจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ.2561- 2562 2. จำนวนประชากรเสียชีวิต จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2561- 2562	
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์	โทร. 08-1592-7689
	นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ	โทร. 08-1662-4126
	นางบังอร พันนีก	โทร. 08-1717-2607
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117, 119