

คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข

ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564



คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข
ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

พิมพ์ครั้งที่ 1

ตุลาคม 2563

จัดทำโดย

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

โทร 0 4242 2923 ต่อ 117, 119

โทรสาร 0 4241 2650

<https://wwwnko2.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 2563



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>	29
<u>G5 : Governance</u>	
1/1/1 คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ	29
1) ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 100)	29
2) ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	33
2/2/2 ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 90)	40
3/3/- ร้อยละของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและ Risk Score <6	48
4/4/3 60. ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A	51
2. <u>Agenda Base</u>	57
<u>G1 : Health Promotion & NCDs& Health Literacy</u>	
5/5/4 ร้อยละ 60 ของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้น	57
<u>G2 : Quality Service & PP & Environment</u>	
<u>พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ</u>	
6/6/- ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100)	60

	หน้า
7/7/5 ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCUPCUPCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว	63
8/-/ ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	67
9/-/ 9. รพ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan	70
10/-/ ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	72
11/8/6 ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค วัณโรค	73
1) อัตราการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากค่าเฉลี่ยอัตราป่วยด้วย วัณโรคของอำเภอย้อนหลัง 3 ปี	73
2) ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นวัณโรค ได้รับการขึ้นทะเบียน	75
3) อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85	77
4) ร้อยละ 80 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.	79
5) อัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ <5	81
12/9/7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	84
13/10/- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)	89
14/-/ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	93
1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9	93
2) ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (>50)	94
พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน	
15/12/- งานอนามัยแม่และเด็ก	95
1) อัตราส่วนการตายมารดาตายไทย เท่ากับ 0	95
2) ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัย แม่และเด็ก (ร้อยละ 90)	98
16/13/8 ร้อยละ 90 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	103
17/14/9 ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วน/เตี้ย/ผอม ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด	108
18/15/10 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	112
1) ร้อยละ 60 ของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	112
2) ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่าน เกณฑ์ (ร้อยละ 85)	115
3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 85)	120
เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ	
19/16/- ร้อยละของอำเภอมีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	122
20/17/11 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านและมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	126

G5 : Governance

21/18/-	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	129
22/19/12	ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขมีคุณภาพมาตรฐาน	134

3. Area BaseG1 : Health Promotion & NCDs& Health Literacy

23/21/13	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแย่งคิ่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80)	149
24/21/14	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs	156
	1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	156
	2) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน <1.85	158
	3) อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) > ร้อยละ 70	160
	4) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ส่งสัยป่วย (ที่ทำ Home BP) <ร้อยละ 6.7	162
	5) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น (ร้อยละ 100)	164
25/22/-	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี	167
	1) อัตราตายโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.23 ต่อแสนประชากร	167
	2) อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี รายใหม่ลดลงร้อยละ 5	169
	3) อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลงร้อยละ 5	171
	4) อัตราการติดเชื้อซ้ำลดลง	172
	5) ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	175
26/23/-	RTI (Road Traffic Injury)	179
	1) อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 22 ต่อแสน ปชก. (ข้อมูล 3 ฐาน)	179
	2) อำเภอดำเนินการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก ขึ้นไป (Excellent) ร้อยละ 100	181

G2 : Quality Service & PP & Environmentพัฒนาระบบบริการตาม Service Plan

27/24/-	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10	188
28/25/-	อัตราตายทารกแรกเกิด (4 ต่อพันการเกิดมีชีวิต)	190
29/26/-	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ > ร้อยละ 40	192
30/27/-	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 80)	198

	หน้า
31/28/- การดูแลสุขภาพจิต	201
1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.3 ต่อแสนปช.)	201
2) ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 65)	203
32/29/- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	205
33/30/- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	210
34/-/- ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	213
35/31/- ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73 m2/yr	215
36/32/- ร้อยละ 95 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	217
37/33/- อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยามบิรจาคอวัยะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	218
38/34/- การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด	220
1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (ร้อยละ 50)	220
2) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 60)	222
39/35/- ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง	224
40/36/- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	227
41/-/- มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานการแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./รพท. ร้อยละ 80	229
42/37/17 การดูแลสุขภาพช่องปาก	231
1) อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ โดยทันตบุคลากรเป้าหมายร้อยละ 75 (fee schedule)	231
2) อัตราการให้บริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี ร้อยละ 50	233
3) อัตราการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ในเด็ก 6-12 ปี เป้าหมายร้อยละ 25 (fee schedule)	234
4) เด็กหนองคายอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ร้อยละ 70	236
พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน	
43/38/- ระดับความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	238
การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ	
44/39/18 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	243
45/40/19 ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	246
46/-/- ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่	250

G3 : Consumer Protection

47/-/-	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสด โดยการมีส่วนร่วม	253
48/41/-	ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด	255
49/42/20	อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง	259

G4 : Surveillance & Disease Control

50/43/-	การป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน	263
1)	ไม่มีผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่และไม่มีการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2	263
2)	ร้อยละหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอาเภอ (CDCU) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	266
3)	จังหวัดผ่านเกณฑ์การจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	269
51/44/21	การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก	273
1)	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย	273
2)	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง >ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2559–2563 ของจังหวัด	276
3)	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10	278

4. Innovation Base

52/45/-	จำนวนหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	279
53/46/22	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R,นวัตกรรมด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)	283

5. Potential Base

54/-/-	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้นจากปี 2560	287
55/47/23	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมาย (ร้อยละ 80)	289

บทที่ 1

บทนำ



การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 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 เพื่อกำหนดมาตรการก้ำกักับการปฏิบัติราชการ 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

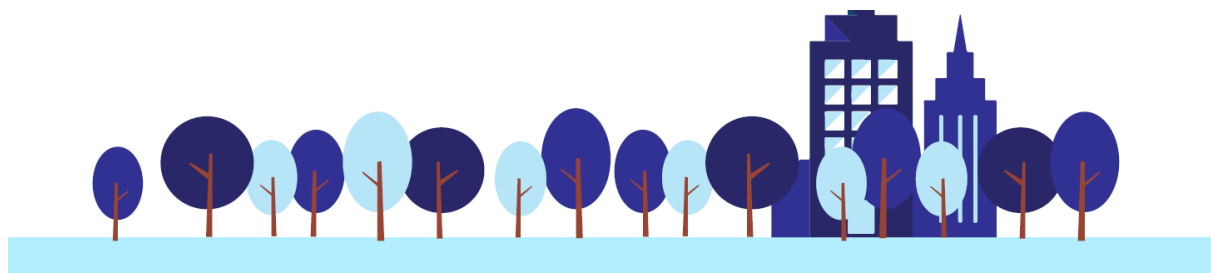
คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 เห็นชอบกับกรอบ กลไก และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ดังนี้

- 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.2564

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

ภารกิจที่ได้รับมอบหมายหลักในการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 มีดังนี้

1 กรอบการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 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 ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนา ด้านสาธารณสุขในภาพรวม และ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด PA (Performance Agreement) หน่วยงานระดับจังหวัด

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

6 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบที่ 4 Innovation Base ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อไปสู่ระบบราชการ 4.0

ให้เสนอนวัตกรรมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ นวัตกรรมเชิงนโยบาย (Policy Innovation) หรือ นวัตกรรมการให้บริการ (Service Innovation) หรือนวัตกรรมการบริหาร/องค์กร (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 ตามระยะเวลาดังกำหนด

2.1 กรอบการประเมิน

คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 ได้มีมติเห็นชอบกับกรอบแนวทางการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ โดยกำหนดให้การประเมินประสิทธิภาพของจังหวัด ประกอบด้วย การประเมินจำนวน 5 องค์ประกอบ ซึ่งในส่วนของ การประเมินหน่วยงานจะมีรายละเอียดของกรอบการประเมิน ดังนี้

ตารางที่ 1 กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2564

องค์ประกอบ	ประเด็น	การกำหนดตัวชี้วัด
1. Function Base ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามพันธกิจและอยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการที่จะส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก งานตามกฎหมาย กฎ ระเบียบของรัฐบาล 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 2564

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.2564

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
1. Function Base	G5 : Governance 54. คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ 54.1 ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 100) 54.2 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 55. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 90) 59. ร้อยละของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและ Risk Score <6 (ร้อยละ 100) 60. ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A
2. Agenda Base	G1 : Health Promotion & NCDs & Health Literacy 2. ร้อยละ 60 ของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป G2 : Quality Service & PP & Environment พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ 6. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100) 7. ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCUPCUPCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว(ร้อยละ 100) 8. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (ร้อยละ 25 ของแผนการจัดตั้งระดับเขตสุขภาพ 10 ปี) 9. รพ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	<u>พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan</u> 10. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 11. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค วัณโรค 11.1 อัตราการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากค่าเฉลี่ยอัตราป่วยด้วยวัณโรคของอำเภอย้อนหลัง 3 ปี 11.2 ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นวัณโรค ได้รับการขึ้นทะเบียน (จ./อ.) 11.3 อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85 11.4 ร้อยละ 80 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม. (จ./อ./ต.) 11.5 อัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ <5 (จ./อ.) 12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 12.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 14. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%) 21. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9 22. ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (>50)
	<u>พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน</u> 33. อัตราส่วนการตายมารดาตายไทย เท่ากับ 0 - ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 90) 34. ร้อยละ 90 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 35. ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วน/เตี้ย/ผอม ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด 37. ร้อยละ 60 ของประชากรสูงอายุมิมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 37.1 ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 85) 37.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 85)
	<u>เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ</u> 38. ร้อยละของอำเภอมีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 100) 39. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
	<u>G5 : Governance</u> 52. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 57. ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขมีคุณภาพมาตรฐาน
3. Area Base	<u>G1 : Health Promotion & NCDs& Health Literacy</u> 1. ระดับความสำเร็จการสร้างความสุข (Self Care ออกแรงแรงกาย) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80)

องค์กรประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	3. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs 3.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5 (เทียบกับปีที่ผ่านมา) 3.2 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน <1.85 3.3 อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) > ร้อยละ 70 3.4 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้เสี่ยงป่วย (ที่ทำ Home BP) <ร้อยละ 6.7 3.5 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น (ร้อยละ 100) 4. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี 4.1 อัตราตายโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน 31.23 ต่อแสนประชากร 4.2 อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี รายใหม่ลดลงร้อยละ 5 4.3 อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลงร้อยละ 5 4.4 อัตราการติดเชื้อซ้ำลดลง 4.5 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 22 ต่อแสน ปชก. (ข้อมูล 3 ฐาน) 5.1 อำเภอผ่านการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมากขึ้นไป (Excellent) ร้อยละ 100
	<u>G2 : Quality Service & PP & Environment</u> <u>พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan</u> 13. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 15. อัตราตายทารกแรกเกิด (4 ต่อพันการเกิดมีชีพ) 16. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ > ร้อยละ 40 17. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 80) 18. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.3 ต่อแสนปชก.) 18.1 ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 65) 19. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30 20. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป 23. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก 24. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73 m²/yr (ร้อยละ 66) 25. ร้อยละ 95 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 26. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S) 27. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี 28. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 60) 29. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ Ward) 30. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery 31. มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานการแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./รพท. ร้อยละ 80

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	32. การดูแลสุขภาพช่องปาก 32.1 อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์โดยทันตบุคลากรเป้าหมายร้อยละ 75 (fee schedule) 32.2 อัตราการให้บริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี ร้อยละ 50 32.3 อัตราการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรมทันตเด็ก 6-12 ปี เป้าหมายร้อยละ 25 (fee schedule) 32.4 เด็กหนองคายอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ร้อยละ 70 <u>พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน</u> 36. ระดับความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น <u>การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ</u> 40. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 41. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 42. ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่ <u>G3 : Consumer Protection</u> 43. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสด โดยการมีส่วนร่วม 44. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97 45. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง <u>G4 : Surveillance & Disease Control</u> 46. ไม่มีผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่และไม่มีการแพร่ระบาด Gen2 47. จังหวัดผ่านเกณฑ์การจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 47.1 ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการและจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 48. ร้อยละหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 48.1 หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน/หน่วยระบาดวิทยา ระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ 49. ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย (อปท./วัด/โรงเรียน) ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย 50. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง 51. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.1
4. Innovation Base	56. ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital 58. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R,นวัตกรรมด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)
5. Potential Base	53. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมาย (ร้อยละ 80) - อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 3 รายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย KPI-Function ประจำปีงบประมาณ 2564

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2564
พัฒนาศาสตร์ สาธารณสุข	1	จังหวัดผ่านเกณฑ์การพัฒนาศูนย์ ASEAN Health Network (ศคอส.)	ผ่านระดับ 3
	2	ร้อยละของโรงพยาบาลชายแดนให้บริการที่เป็นมิตร (Friendly Service) แก่ประชากรต่างด้าว	70
	3	ร้อยละผลงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการมีผลงานผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	80
	4	ร้อยละผลงาน PA ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	80
คุ้มครองผู้บริโภค และเภสัช สาธารณสุข	5	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	
	6	ร้อยละ 100 ของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	
ควบคุมโรคไม่ ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	7	ร้อยละการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดยาเสพติด (specialpp) (รายงาน HDC)	
	8	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการสูบบุหรี่	≥ 30 %
	9	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่	≥ 65 %
	10	การคัดกรองและการบำบัดผู้ติดยาเสพติด (specialpp)	
	11	ร้อยละสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจเต้านมและคำแนะนำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	80
	12	ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear เป้าหมายรายใหม่ร้อยละ 20 (ผลงานสะสม 5 ปี ปี 2563-2567 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	40
	13	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป <110 ครั้งต่อร้อยละผู้ป่วย COPD	110
	14	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ลดลงจากปีที่ผ่านมา (*ปรับเปลี่ยนตามรายงาน Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ NCD, DM, HT, CVD ใน HDC)	≥70%
	15	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ต่อแสนประชากรเด็ก<15 ปี)	≤4.5
นิติการ	16	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนได้รับการแก้ไข ภายใน 15 วัน	90
	17	ร้อยละความสำเร็จของ รพท.,รพช.,สสอ. ในการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ	85
	18	ร้อยละของ รพท.,รพช.,สสอ. มีการวิเคราะห์กระบวนการงานที่มีความเสี่ยงต่อการทุจริตและจัดทำแผนป้องกันและปราบปรามการทุจริต	100
พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	19	ร้อยละ 70 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ) ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป	70
	20	ร้อยละห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ผ่านการรับรองคุณภาพโดยสภาเทคนิคการแพทย์	100
	21	ร้อยละห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยผ่านการประเมิน The Must (พื้นฐาน<75% ดี =75-84.99% ดีเด่น ≥85%)	100
	22	ร้อยละหน่วยบริการ การพยาบาลมีคุณภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 3 ของสำนักงานพยาบาล	100
บริหารทั่วไป	23	ร้อยละหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดด้านการบริหารทั่วไป	
	24	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน (ร้อยละ 85)	
การเงิน	25	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณภาพรวม (รอบที่ 1 ร้อยละ 50 รอบที่ 2 ร้อยละ 100)	100
	26	ร้อยละ 100 ของรายการเบิกเงินค่าวัสดุที่มียอดเงินตั้งแต่ 5,000.- ขึ้นไป หน่วยงานดำเนินการนำเข้าสู่ระบบ GFMS ภายใน 3 วันทำการ	100
	27	ร้อยละ 100 ของรายการขอเบิก หน่วยงานดำเนินการเบิก-จ่าย เข้าสู่ระบบ GFMS ภายใน 15 วันทำการ	100
	28	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการในสังกัด นำเข้าข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (บข11) ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป	100

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2564
บริหารทรัพยากรบุคคล	29	ผู้บริหารทุกระดับได้รับการพัฒนาทักษะภาวะผู้นำ ร้อยละ 100	
	30	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)	
	31	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	100
	32	ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัด	5
ส่งเสริมสุขภาพ	33	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	75
	34	ร้อยละ 62 เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	
	35	ร้อยละ 100 ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ได้รับการติดตามเยี่ยมและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม	100
	36	ร้อยละ 75 พระภิกษุ สามเณร ได้รับการตรวจสุขภาพ	87
	37	ร้อยละ 67 เด็กวัยเรียน (อายุ 6 - 14 ปี) สูงดีสมส่วน	67
ทันตสาธารณสุข	38	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก, การขัดและทำความสะอาดฟัน	75
	39	เด็ก 3 ปีมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 50	50
	40	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน)	70
	41	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์	70
	42	ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	40
	43	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมพระราชทาน	100
	44	ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการบริการทันตกรรม	40
	45	ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาส่งเสริมสุขภาพช่องปากติดดาว (3 ดาว)	80
	46	อัตราผู้รับบริการทันตกรรมเฉพาะทางในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	12
	47	ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (TDCA2015 edit for P1)	50
	48	ร้อยละ รพ. ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (TDCA2015)	90
ประกันสุขภาพ	49	ร้อยละความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99.90	99.90
	50	ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของการจัดสรรชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพทุกกองทุน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	95
	51	ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน OP ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	85
	52	ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน IP ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	95
	53	ร้อยละของหน่วยบริการมีการบันทึกผ่านโปรแกรมแผนงบบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(ค่าเสื่อม) ร้อยละ 100	100
	54	ร้อยละของหน่วยบริการมีการจัดการงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ตามระบบการควบคุมภายใน	100
	55	จำนวนครั้งของการประชุมคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากบริการรักษาพยาบาล (ม.41)	11
	56	ร้อยละของคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41) ได้รับการพิจารณาเสร็จสิ้นภายใน 30 วัน นับจากวันที่ยื่นคำร้อง	100
	57	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41)	89
อนามัยสิ่งแวดล้อม	58	อัตราการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข (คน,สัตว์) มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	100
	59	ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม EHA เทศบาล ระบบสุขภาพตำบล อาหาร/ระบบคุณภาพน้ำบริโภค/ระบบสิ่งปฏิกูลและระบบมูลฝอย ผ่านเกณฑ์คุณภาพอย่างน้อย 1 ใน 4 เรื่องหลัก	70

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2564
	60	จำนวนครั้งของการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	2
	61	จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์	ระดับดีมาก
	62	จำนวนครั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท.บังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535	4
	63	สนับสนุนและพัฒนากิจการด้านสุขภาพอาหารแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็น - Street Food Good Health (แห่ง) - Healthy Market (แห่ง)	1 1
ควบคุมโรคติดต่อ	64	จำนวนประเด็นหลักที่จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (19 ประเด็น)	
	65	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	
	66	จังหวัดผ่านเกณฑ์การประเมินข้อมูลความครอบคลุมการได้รับบริการวัคซีนแต่ละชนิดครบชุดในทุกกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 (MMR และวัคซีนในนักเรียนครอบคลุมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95)	
งานสื่อสารองค์กรฯ	67	ประชาชนและสื่อสารมวลชนได้รับข่าวสารความรู้ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราป่วยตายด้วยโรคที่สำคัญของประเทศ	
	68	ประชาชนที่มาท่องเที่ยวได้รับความรู้จากการเยี่ยมชมนิทรรศการด้านสาธารณสุขและได้รับบริการด้านสุขภาพ	

ตารางที่ 4 รายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย KPI โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพระราชดำริ ประจำปีงบประมาณ 2564

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2564
ทันตสาธารณสุข	โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ		
	1	ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้รับการใส่ฟันเทียมพระราชทานร้อยละ 100	100
ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา		
	2	ประชาชนที่มีความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการอัลตราซาวด์	2,000
ควบคุมโรคติดต่อ	โครงการป้องกันควบคุมโรคหนองพวยในนักเรียนในโรงเรียน ตามโครงการพระราชดำริ		
	3	อัตราป่วยด้วยโรคหนองพวยในเด็กนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริไม่เกินร้อยละ 10	10
	4	อัตราความครอบคลุมการให้การรักษาเด็กนักเรียนที่ติดเชื้อหนองพวย ร้อยละ 100	100
	โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี		
	5	อำเภอเสี่ยงมีแผนป้องกันควบคุมโรคตามระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ทุกอำเภอ	100
	6	โรงพยาบาลมีโปรแกรม ร.36 และใช้เป็นฐานเพื่อบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคในการประมวลผลและใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคได้	100
	7	บุคลากรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้การให้บริการดูแลรักษา วินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้า	80
	8	โรงพยาบาลชุมชนมีวัคซีน/RIG เพื่อบริการป้องกันโรคที่เพียงพอ	100

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2564
	9	ค้นหา ผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตาม CPG ภายใน 48 ชั่วโมง ติดตามให้มารับวัคซีนตามกำหนดนัดทุกราย	80
	10	คปสอ.มีรายงานผลการสำรวจความคิดเห็นประชาชนเรื่องความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	80
	11	พื้นที่มีรายงานผลการสอบสวนโรคและแนวทางการควบคุมป้องกันโรคเสนอผู้บริหารกรณีเกิดเหตุ/มีการระบาดของโรคในพื้นที่	80
	โครงการ “สืบสานพระเมตตาเร่งรัดค้นหาและรักษาวัณโรค” เฉลิมพระเกียรติ 65 พรรษา สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร รัชกาลที่ 10		
	12	ร้อยละการค้นหากลุ่มเสี่ยง 6 กลุ่มเสี่ยง (ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน และบุคลากรสาธารณสุข)	90
	13	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคทุกประเภทมากกว่าร้อยละ 85	>90
ส่งเสริมสุขภาพ	โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558		
	14	ความครอบคลุมของการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	100
	15	เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการประเมินคัดกรอง พบสงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	40
	16	เด็กสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน	100

2.2 กลไกการประเมิน

การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 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.2564 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.2564 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.2564 ซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินส่วนราชการ ประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ ประกอบด้วย เป้าหมายขั้นสูง (100 คะแนน), เป้าหมายมาตรฐาน (75 คะแนน), เป้าหมายขั้นต่ำ (50 คะแนน)

ในการประเมินผลงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ 2564 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. คิดคะแนนจากการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ระหว่างผลการดำเนินงานจริงกับค่าเป้าหมาย 5 ระดับ
3. กรณีมีตัวชี้วัดย่อย จะใช้วิธีการเฉลี่ยผลคะแนนจากตัวชี้วัดย่อย
โดยให้กำหนดรายละเอียดไว้ใน KPI Template

3.3.2 ระดับองค์ประกอบ

ให้องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน ให้คิดน้ำหนักคะแนน ดังนี้

น้ำหนักระยะแรก

Function Base	Agenda Base	Area Base	Innovation Base	Potential Base	รวม
10 คะแนน	35 คะแนน	45 คะแนน	5 คะแนน	5 คะแนน	100

องค์ประกอบ ประเมิน	ประเด็นการประเมิน	น้ำหนัก	ผลการ ดำเนินงาน (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	45	38.500	85.56	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
4. Innovation Base	SMART Hospital วิจัย, R2R, Innovation	5	3.000	60.00	ระดับมาตรฐาน ขั้นต้น
5. Potential Base	การบริหารยุทธศาสตร์ ผลสำเร็จ 5 Goal Setting LE, HALE เพิ่มขึ้น	5	2.800	56.00	ระดับ ต้องปรับปรุง
	รวมคะแนน	100	80.8	80.8	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง

3.3.3 ระดับส่วนราชการ

สรุปผลการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัดในภาพรวมทั้ง 5 องค์กรประกอบ คิดจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ผลคะแนนเฉลี่ยทุกองค์กรประกอบ
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 2563 – 28 กุมภาพันธ์ 2564
- รอบ 10 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 กรกฎาคม 2564

รอบการควบคุมกำกับงาน ระยะเวลาที่จะต้องทำการรายงานผล ปีละ 3 ครั้ง คือ

- รอบ 3 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 ธันวาคม 2563
- รอบ 6 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564
- รอบ 9 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2564



3.5 ขั้นตอนการประเมิน

ขั้นตอนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 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 2564

รอบ 10 เดือน ภายในวันที่ 26 กรกฎาคม 2564

ทีมประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประเมิน คปสอ. ผ่านระบบ VDO Conference ดังนี้

รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 8-12 มีนาคม 2564

รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 6-13 สิงหาคม 2564

ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เลขานุการคณะกรรมการประเมินผลงานสาธารณสุข รายงานผลการประเมินฯ เบื้องต้น เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และคณะกรรมการวางแผน และประเมินผล (กวป.)

ขั้นตอนที่ 4 สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นำผลการประเมินมาประกอบการปรับปรุงแผนและการพัฒนางาน ในรอบปีถัดไป พร้อมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาความดีความชอบของผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่



3.6 ปฏิทินการประเมินและการควบคุมกำกับงาน

โดยกำหนดเป็นปฏิทินการประเมินส่วนราชการฯ และการควบคุมกำกับงาน ปีงบประมาณ 2564 ดังตาราง

ระยะเวลา	ประเมินส่วนราชการฯ และการควบคุมกำกับงาน
19-25 ส.ค.63	รับฟังความคิดเห็นต่อแผนยุทธศาสตร์ และ KPI 2564 (จังหวัด/คปสอ./รพ.สต.)
1-3 ก.ย.63	- มอบนโยบายทิศทางการพัฒนางาน 2564 - ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ ปี 2564 - workshop 7 Strategic Focus - GAP Analysis กำหนดแนวทาง 2564 - ทบทวน KPI template - Action Plan 2564
15-18 ก.ย.63	นำเสนอ - GAP Analysis - แนวทางปี 2564 - KPI Template - Action Plan 2564
21-22ก.ย.63	จัดทำคู่มือการประเมินผล 2564 - กรอบแนวทางประเมินผล - KPI Template
28 ก.ย.63	- ถ่ายทอดนโยบายและแผนแก่หน่วยงานในสังกัด - นโยบาย นพ.สสจ.นค. - แผนยุทธศาสตร์ 2564 - การประเมินผล2564 - ทำความตกลง KPI Template
ภายใน 30 ธ.ค.63	คปสอ. รายงาน e-monitor ไตรมาส 1 (ตัดยอด วันที่ 20 ของเดือน)
กุมภาพันธ์ 2564	คปสอ.ประเมินผลงานหน่วยงานในสังกัด รอบที่ 1
25 ก.พ.64	คปสอ.รายงานผลประเมินตนเอง รอบที่ 1 ในระบบ eVa
8-12 มี.ค.64	ประเมินผลงาน คปสอ. รอบที่ 1 ผ่านระบบ VDO Conference
ภายใน 31 มี.ค.64	คปสอ. รายงาน e-monitor ไตรมาส 2 (ตัดยอด วันที่ 20 ของเดือน)
ภายใน 30 มิ.ย.64	คปสอ. รายงาน e-monitor ไตรมาส 3 (ตัดยอด วันที่ 20 ของเดือน)
กรกฎาคม 2564	คปสอ.ประเมินผลงานหน่วยงานในสังกัด รอบที่ 2
26 ก.ค.64	คปสอ.รายงานผลประเมินตนเอง รอบที่ 2 ในระบบ eVa
6-13 ส.ค.63	ประเมินผลงาน คปสอ. รอบที่ 2 ผ่านระบบ VDO Conference
31 ส.ค.64	สรุปการประเมินผลงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564

บทที่ 4



การรายงานผลการประเมิน และรูปแบบรายงาน

4.1 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้รับการประเมิน

การประเมินผลงานสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ของผู้รับการประเมิน มีรายละเอียดดังนี้

1. คปสอ. รายงานผลการประเมินตนเอง (SAR) ของ คปสอ. และ รพ.สต., ศสช., ศสม., ศูนย์บริการเทศบาล ในสังกัดทุกแห่ง ผ่านระบบการรายงานผลการประเมินผลงานสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ (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.2564

1. หลักการเหตุผลความจำเป็น

.....
.....
.....

2. วัตถุประสงค์

.....
.....
.....

3. การดำเนินการ

.....
.....
.....

4. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

.....
.....
.....

5. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นรูปธรรม

.....
.....
.....

6. ภาพประกอบ

4.2 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้ประเมิน

การประเมินผลงานสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 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.2564

รอบการประเมินที่ 1/2564

(ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564)



ตัวอย่าง

รายงานการประเมินผลสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564
รอบการประเมินที่ 1/2564

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

.....
(นายชัชวาลย์ ฤทธิธิตติ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รายงานผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน

คปสอ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

รอบการประเมินที่ 1/2564

สรุปคะแนนและข้อเสนอแนะองค์ประกอบที่ควรพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและศักยภาพ

องค์ประกอบประเมิน	คะแนน	ข้อเสนอแนะ
1. ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ตามหลักภารกิจพื้นฐาน (Function Base) (10 คะแนน)		
2. ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจยุทธศาสตร์ (Agenda Base) (35 คะแนน)		
3. ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่/ท้องถิ่น (Area Base) (45 คะแนน)		
4. ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรม (Innovation Base) (5 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

องค์ประกอบที่ 1 Function Base

ตัวชี้วัดที่ 1/1/1	คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ 1) ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA : Integrity & transparency assessment) ระดับคะแนน 5
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 100
คำอธิบาย	(1) การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินเชิงบวกที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ โดยนำกรอบการประเมินมาปรับใช้ในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน แบ่งประเด็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความโปร่งใส(Transparency) ด้านความพร้อมรับผิด(Accountability) ด้านความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน(Corruption-Free Index) ด้านวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร(Integrity Culture) ด้านคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน(Work Integrity) กระทรวงสาธารณสุขยังคงขับเคลื่อนมาตรการ 3 ป. 1 ค.(ปลูก/ปลูกจิตสำนึก ป้องกัน ปราปราม และเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนแม่บทการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “กระทรวงสาธารณสุขใสสะอาด ร่วมด้านทุจริต” ด้วยการสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริต ยกย่องค่านิยมในการบริหารจัดการแบบบูรณาการ ปฏิรูปกระบวนการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตทั้งระบบให้มีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการวางรากฐานทางความคิดของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถแยกแยะระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวมได้ นอกจากตนเองจะไม่กระทำการทุจริตแล้ว จะต้องไม่อดทนต่อการทุจริตที่เกิดขึ้น บุคลากรสาธารณสุขจะต้องก้าวข้ามค่านิยมอุปถัมภ์และความเพิกเฉยต่อการทุจริตประพฤติมิชอบ เจตจำนงของผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่ต้องการสร้างชาติที่ใสสะอาดปราศจากการทุจริต มีการขับเคลื่อนนโยบายที่มีความโปร่งใสดูตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง(Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. ,รพศ. รพท. ,สสอ. และ รพช. (2) ขี้มูล หมายถึง คณะกรรมการสืบสวนมีมติขี้มูลเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบเพื่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงแก่ผู้หนึ่ง ผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยทุจริต (3) คำสั่งลงโทษ หมายถึง คำสั่งลงโทษฐานปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบเพื่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงแก่ผู้หนึ่ง ผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยทุจริต

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลหนองคาย 3. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่ระดับคะแนน 5 ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : คปสอ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ระดับคะแนน 5
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน ดังนี้ 1. หน่วยงานเป้าหมายจะต้องจัดเตรียมเอกสารเพื่อตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ผ่านระบบ MOPH Integrity and Transparency Assessment System (MITAS) 2. รอบการประเมิน รอบการประเมินครั้งที่ 1 1.1 เดือนกุมภาพันธ์ 2564 (1) ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1- EB26) ทั้งหมด 21 ข้อ (2) ซ้ำมูล (ข้อมูลตุลาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564) (3) คำสั่งลงโทษ (ข้อมูลตุลาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564) 1.2 เดือนมีนาคม 2564 (1) ผู้ประเมินตรวจเอกสารหลักฐาน + แจ้งผลการประเมิน รอบการประเมินครั้งที่ 2 2.1 เดือนกรกฎาคม 2564 (1) ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (แบบ EB1 – EB26) ทั้งหมด 26 ข้อ (2) ซ้ำมูล (ข้อมูลตุลาคม 2563 - กรกฎาคม 2564) (3) คำสั่งลงโทษ (ข้อมูลตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564) 2.2 เดือนสิงหาคม 2564 (1) ผู้ประเมินทำการตรวจเอกสารหลักฐาน + แจ้งผลการประเมิน
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 (ตุลาคม 2563-กุมภาพันธ์ 2564) รอบที่ 2 : ในเดือนกรกฎาคม 2564 (ตุลาคม 2563-กรกฎาคม 2564)
ระดับจังหวัด	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่ระดับคะแนน 5 ร้อยละ 100
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่ระดับคะแนน 5
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

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

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.หน่วยงาน สสจ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	รพ. และ สสอ. คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 85			
	2	รพ. และ สสอ. คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90			
	3	รพ. และ สสอ. คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 95			
	4	ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท. ถูกข้อมูล			
	5	ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท. ถูกข้อมูล+ลงโทษ			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2560	2561	2562	2563
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย		ร้อยละ	93.94	93.94	96.97	92.31
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย				93.94	100	92.31
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ				100	100	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนพิสัย				96.97	100	92.31
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีเชียงใหม่				90.91	100	92.31
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่าง				96.97	100	92.31
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสระใคร				93.94	100	96.15
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฝ้าไร่				90.91	93.94	92.31
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรันทนาปี				93.94	100	100
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ตาก				96.97	100	100
	โรงพยาบาลหนองคาย				96.97	100	100
	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ				96.97	100	100
	โรงพยาบาลโพนพิสัย				96.97	100	92.31
	โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่				90.91	100	100
	โรงพยาบาลสว่าง				93.94	100	100
	โรงพยาบาลสระใคร				96.97	100	96.15
	โรงพยาบาลเฝ้าไร่				93.94	100	92.31
	โรงพยาบาลรันทนาปี				90.91	93.94	92.31
	โรงพยาบาลโพธิ์ตาก				93.94	100	100

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2	2	100
	2	ท่าบ่อ	2	2	100
	3	โพนพิสัย	2	2	100
	4	ศรีเชียงใหม่	2	2	50
	5	สังคม	2	2	100
	6	สระใคร	2	2	100
	7	เผ่าไร่	2	2	100
	8	รัตนวาปี	2	2	100
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100
		รวม	18	18	100
	ผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนที่ถูกชี้มูลและมีคำสั่งลงโทษ ปี 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	จำนวนเรื่องร้องเรียน	จำนวนเรื่องที่ถูกชี้มูล	มีคำสั่งลงโทษ
	1	หนองคาย			
	2	ท่าบ่อ	1		
	3	โพนพิสัย			
	4	ศรีเชียงใหม่			
	5	สังคม	1	1	1
	6	สระใคร	1		
	7	เผ่าไร่			
	8	รัตนวาปี	1	1	1
	9	โพธิ์ตาก	1	1	
		รวม	5	3	2
เอกสารอ้างอิง	1. แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564 2. รายงานการสืบสวน + คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน 3. คำสั่ง ลงโทษทางวินัย				
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 1/1/1	คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ
	2) ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	แนวคิดของการควบคุมภายใน 1. การควบคุมภายในเป็นกลไกที่จะทำให้หน่วยงานของรัฐบรรลุวัตถุประสงค์การควบคุมภายใน ด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ 2. การควบคุมภายในเป็นส่วนประกอบที่แทรกอยู่ในการปฏิบัติงานตามปกติของหน่วยงานของรัฐ การควบคุมภายในเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและต่อเนื่อง มิใช่เป็นผลสุดท้ายของการกระทำ 3. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยงานของรัฐ โดยผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติงานและผู้ตรวจสอบภายใน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำให้มีการควบคุมภายในเกิดขึ้น ซึ่งไม่ใช่เพียงการกำหนดนโยบาย ระบบงาน คู่มือการปฏิบัติงานและแบบฟอร์มดำเนินงานเท่านั้น หากแต่ต้องมีการปฏิบัติ 4. การควบคุมภายในสามารถให้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่าจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดของหน่วยงานของรัฐ อย่างไรก็ตาม การควบคุมภายในที่กำหนดก็อาจจะไม่สามารถให้ความมั่นใจแก่ผู้กำกับดูแล และฝ่ายบริหาร ว่าการดำเนินงานจะบรรลุวัตถุประสงค์อย่างสมบูรณ์ 5. การควบคุมภายในควรกำหนดให้เหมาะสมกับโครงสร้างองค์กรและภารกิจของหน่วยงานของรัฐ คำนิยาม หน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ส่วนราชการ และหน่วยงานอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้กำกับดูแล หมายความว่า บุคคลหรือคณะบุคคล ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลหรือบังคับบัญชาของหน่วยงานของรัฐ หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร หมายความว่า ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานของรัฐ ผู้ตรวจสอบภายใน หมายความว่า ผู้ดำรงตำแหน่งตรวจสอบภายในของหน่วยงานหรือดำรงตำแหน่งอื่นที่ทำหน้าที่เช่นเดียวกับผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงานของรัฐ การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหารและบุคลากรหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ ความเสี่ยง หมายความว่า ความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งอาจเกิดขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ขอบเขตการใช้ มาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ จัดทำขึ้นสำหรับหน่วยงานของรัฐเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำระบบการควบคุมภายในให้เหมาะสมกับลักษณะ ขนาด และความซับซ้อนของงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานของรัฐ และมีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงการควบคุมภายในให้เพียงพอและเหมาะสม รวมทั้งมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

	วัตถุประสงค์ของการควบคุมภายใน 1. ด้านการดำเนินงาน (Operation) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมถึงการบรรลุเป้าหมายด้านการดำเนินงานด้านการเงิน ตลอดจนการใช้ทรัพยากรการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาดของหน่วยงานรัฐ ตลอดจนความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตของหน่วยงานของรัฐ 2. ด้านการรายงาน (Reporting) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรายงานทางการเงินและไม่ใช่การเงิน ที่ใช้ภายในและภายนอกหน่วยงานของรัฐ รวมถึงการรายงานที่เชื่อถือได้ ทันเวลา โปร่งใส หรือข้อกำหนดอื่นของทางราชการ 3. ด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (Compliance) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งข้อกำหนดอื่นของทางราชการ องค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายใน หน่วยงานของรัฐได้กำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน การควบคุมภายในจะเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐสามารถขับเคลื่อนการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด การควบคุมภายในจะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. สภาพแวดล้อมการควบคุม (Control Environment) 2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) 4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications) 5. กิจกรรมการติดตามผล (Monitoring Activities) 1. สภาพแวดล้อมการควบคุม สภาพแวดล้อมการควบคุมเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินงานที่ส่งผลให้มีการนำการควบคุมภายในมาปฏิบัติทั่วทั้งหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้ผู้กำกับดูแลและฝ่ายบริหารจะต้องสร้างบรรยากาศให้ทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมภายใน รวมทั้งการดำเนินงานที่คาดหวังของผู้กำกับดูแลและฝ่ายบริหาร ทั้งนี้สภาพแวดล้อมการควบคุมดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของการควบคุมภายในอื่นๆ 2. การประเมินความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ เพื่อระบุและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ รวมถึงกำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยงนั้น ฝ่ายบริหารควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกและภารกิจภายในทั้งหมดที่มีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ 3. กิจกรรมการควบคุม กิจกรรมการควบคุมเป็นการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในนโยบายและกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้มั่นใจว่า การปฏิบัติตามคำสั่งการของฝ่ายบริหารจะลดหรือควบคุมความเสี่ยงให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ กิจกรรมการควบคุมควรได้รับการนำไปปฏิบัติ ทั่วทุกระดับของหน่วยงานของรัฐ ในกระบวนการปฏิบัติงาน ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน

	4. สารสนเทศและการสื่อสาร สารสนเทศเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับหน่วยงานของรัฐ ที่จะช่วยให้มีการดำเนินการตามการควบคุมภายในที่กำหนด เพื่อสนับสนุนให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ การสื่อสารเกิดขึ้นได้ทั้งจากภายในและภายนอก และเป็นช่องทางเพื่อให้ทราบถึงสารสนเทศที่สำคัญในการควบคุมการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐ การสื่อสารจะช่วยให้บุคลากรในหน่วยงานมีความเข้าใจถึงความรับผิดชอบและความสำคัญของการควบคุมภายในที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ 5. กิจกรรมการติดตามผล กิจกรรมการติดตามผลเป็นการประเมินผลระหว่างการทำงาน การประเมินผลเป็นรายครั้ง หรือเป็นการประเมินผลทั้งสองวิธีร่วมกัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้มีการปฏิบัติตามหลักการในแต่ละองค์ประกอบของการควบคุมภายในทั้ง 5 องค์ประกอบ กรณีที่ผลการประเมินการควบคุมภายในจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยงานของรัฐ ให้รายงานต่อฝ่ายบริหาร และผู้กำกับดูแล อย่างทันเวลา การจัดทำรายงานการติดตามผลระบบการควบคุมภายใน กำหนดให้ใช้แบบรายงานตามมาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ กระทรวงการคลัง ปี 2561 ส่วนงานย่อย ระดับกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน และรพ.สต. จัดทำและรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ส่งให้หน่วยงานระดับ สสอ./รพ. แบบ ปค. 4 /แบบ ปค. 5 /แบบติดตาม ปค. 5 (ส่วนงานย่อย) รวบรวมเป็นรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานระดับ สสอ./รพ. ดำเนินการติดตามผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเป็นภาพรวม แบบ ปค. 4 /แบบ ปค. 5 /แบบติดตาม ปค. 5 (หน่วยงาน) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานระดับจังหวัด (สสจ.) ดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงานของรัฐและจัดส่ง แบบ ปค. 4 แบบ ปค. 5 เป็นภาพรวมในระดับหน่วยงานจังหวัด (สสจ.) ให้หน่วยงานรัฐต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี คำจำกัดความเฉพาะ หน่วยงานของรัฐ หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐตาม คำนิยามในหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 ส่วนงานย่อย หมายถึง ส่วนงานภายใต้หน่วยงานของรัฐ ตามโครงสร้างการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน (กำหนดให้เป็นหน่วยรับตรวจ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/แผนกต่าง ๆ รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กำหนดให้เป็นส่วนงานย่อย ของหน่วยรับตรวจนั้น ๆ)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง โรงพยาบาล 9 แห่ง

เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2562</td><td>ปีงบประมาณ 2563</td><td>ปีงบประมาณ 2564</td><td>ปีงบประมาณ 2565</td></tr><tr><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>				ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100				
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565												
ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100													
วิธีการประเมิน	ใช้การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน															
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลรอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2563 (เกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดปี 2564) รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลรอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564)															
ระดับจังหวัด	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน 100%															
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ได้รับการประเมินระบบการควบคุมภายใน (รพ./สสอ.)															
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100															
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>2</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 100</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 60	2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 70	3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 80	4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 90	5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน															
1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 60															
2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 70															
3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 80															
4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 90															
5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ร้อยละ 100															
ระดับ คปสอ.	ร้อยละหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ.															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ.															
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงาน ของ คปสอ.															
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100															
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของ คปสอ. แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0</td><td>ไม่มีหน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน</td></tr><tr><td>3</td><td>หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 1 แห่ง</td></tr><tr><td>5</td><td>หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 2 แห่ง</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	ไม่มีหน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน	3	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 1 แห่ง	5	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 2 แห่ง				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน															
0	ไม่มีหน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน															
3	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 1 แห่ง															
5	หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน 2 แห่ง															
ระดับ ส่วนงานย่อย	ร้อยละคะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย															
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย															
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนรวมเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย															
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100															

เกณฑ์การให้คะแนน ส่วนงานย่อย ระดับ รพ.สต./ กลุ่มงาน/งาน/ ฝ่ายฯ	จำนวนร้อยละคะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อย ร้อยละ 50				
	2	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อย ร้อยละ 60				
	3	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อย ร้อยละ 70				
	4	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อย ร้อยละ 80				
	5	คะแนนผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนงานย่อย ร้อยละ 90				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน		ร้อยละ	83.33	88.89	77.78
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562 (2563 ไม่เป็นตัวชี้วัดยุทธศาสตร์)	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562 (2563 ไม่เป็นตัวชี้วัดยุทธศาสตร์)					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลคะแนน
						รพ. สสอ.
	1	เมืองหนองคาย	2	2	100	5 5
	2	ท่าบ่อ	2	2	100	5 5
	3	โพนพิสัย	2	2	100	5 5
	4	ศรีเชียงใหม่	2	2	100	5 5
	5	สังคม	2	1	50	4 5
	6	สระใคร	2	2	100	5 5
	7	เผ่าไร่	2	2	100	5 5
	8	รัตนวาปี	2	1	50	4 5
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100	5 5
		รวม	18	16	88.89	
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายใน ของหน่วยงานระดับ สสอ./รพ.					
	2. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายใน ของหน่วยงาน					
	3. ผังโครงสร้างหน่วยงาน/คำสั่งการมอบหมายภารกิจงาน/ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ของหน่วยงาน					
	4. การประเมินองค์ประกอบระบบการควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบ					
	5. การวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงกระบวนการ/ภารกิจงาน ของหน่วยงาน					
	6. รายงานการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบบ ปค.4 /ปค.5 /ปค.5 ติดตาม (ส่วนงานย่อย)					
	7. รายงานการควบคุมภายใน ของหน่วยงาน แบบ ปค.4 /ปค.5 /ปค.5 ติดตาม ภาพรวม หน่วยงาน					
	8. บันทึกแจ้งเวียน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงการปรับปรุงการควบคุมภายในเพื่อลดความ เสี่ยง					
	9. แผนการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน					
	10. สรุปรายงานผลการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน					

ผู้รับผิดชอบ	1.นางอมร รวิวรรณ	โทร. 08 9712 6466
	2.นายชัยมงคล ชัยสว่าง	โทร. 08 1260 7907
	3.นางชญาภา อุปดิษฐ์	โทร. 09 7924 5469
	งานตรวจสอบภายใน	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 124,134

เกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายในหน่วยงานระดับหน่วยรับตรวจ (สสอ./รพ.)

การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ประเด็น 12 รายการประเมิน คะแนนเต็ม 100 คะแนน ดังนี้

ประเด็นการประเมินผล	รายการประเมินผล	คะแนน
1. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ของหน่วยงานและการดำเนินงาน	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายในของหน่วยงาน	5
	2. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายในของหน่วยงาน	5
2. การจัดวางระบบการควบคุมภายในครอบคลุมทุกส่วนงานย่อย และหน่วยรับตรวจ	3. ผังโครงสร้างหน่วยงาน	5
	4. คำสั่งการมอบหมายภารกิจงาน (หน่วยงาน)	5
	5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flowchart) ครอบคลุมทุกส่วนงานย่อยของหน่วยงาน	10
	6. การประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบ 17 หลักการ	10
	7. การวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงครอบคลุมกระบวนการ ภารกิจ/แผนการดำเนินงานของหน่วยงาน (ตารางประเมินจัดลำดับความเสี่ยง)	10
3. การจัดทำและส่งรายงานทุกระดับ ได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องทันตามกำหนดเวลา	8. รายงานการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบบ ปค. 4 / แบบ ปค. 5 / แบบติดตาม ปค.5 (ส่วนงานย่อย)	10
	9. รายงานการควบคุมภายใน ของหน่วยงาน แบบ ปค. 4 / แบบ ปค. 5 / แบบติดตาม ปค.5 (ภาพรวมหน่วยงาน)	10
4. การนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการจัดวาง ไปสู่การปฏิบัติ อย่างครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด	10.บันทึกแจ้งเวียน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงมาตรการป้องกัน/ลดความเสี่ยงหรือแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน	10
5. การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน :ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	11. แผนการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	10
	12. สรุปรายงานผลการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	10
รวมคะแนนเต็ม		100

เกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายในส่วนงานย่อย (รพ.สต./กลุ่มงาน/งาน/ฝ่ายฯ)
การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ประเด็น 11 รายการประเมิน คะแนนเต็ม 100 คะแนน ดังนี้

ประเด็นการประเมินผล	รายการประเมินผล	คะแนน
1. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ของหน่วยงานและการดำเนินงาน	1. สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายใน ของหน่วยงาน (มีชื่อเจ้าหน้าที่ส่วนงานย่อยร่วมด้วย)	5
	2. สำเนารายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายใน ของหน่วยงาน (มีชื่อเจ้าหน้าที่ส่วนงานย่อยร่วมประชุมด้วย)	5
2. การจัดวางระบบการควบคุมภายในครอบคลุมภารกิจของส่วนงานย่อย	3. ผังโครงสร้างหน่วยงาน (ส่วนงานย่อย)	5
	4. คำสั่งการมอบหมายภารกิจงาน (ส่วนงานย่อย)	5
	5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flowchart) ครอบคลุมภารกิจของส่วนงานย่อย	10
	6. การประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบ 17 หลักการ	20
	7. การวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงครอบคลุมกระบวนการ ภารกิจ/แผนการดำเนินงานของหน่วยงาน (ตารางประเมินจัดลำดับความเสี่ยง)	15
3. การจัดทำและส่งรายงานได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องทันตามกำหนดเวลา	8. รายงานการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบบ ปค. 4/แบบ ปค. 5/แบบติดตาม ปค.5 (ส่วนงานย่อย)	20
4. การนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการจัดวาง ไปสู่การปฏิบัติ อย่างครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด	9. (สำเนา) การบันทึกแจ้งเวียน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงมาตรการป้องกัน/ลดความเสี่ยงหรือแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน (ของ รพ./สสอ.)	5
5. การรับการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	10. (สำเนา) แผนการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (ของ รพ./สสอ.)	5
	11. (สำเนา) รายงานผลการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (ของ รพ./สสอ.)	5
รวมคะแนนเต็ม		100

ตัวชี้วัดที่ 2/2/2	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 90)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพ มีศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง เชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อดูภาระงานของ ผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ใช้ประโยชน์ได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามความจำเป็น โดยไม่เป็นภาระมากเกินไปสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ โดยกำหนดแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลไว้ดังนี้ 1. กำหนดนโยบายและทิศทางการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ 2. 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 ชุดข้อมูลที่มีประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน โดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพ Version 2.1 (1 มกราคม 2559)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง												
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90 ระดับ รพ.สต./เทศบาล/PCU โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90												
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจาก Health Data Center/ website สปสช.ส่วนกลาง/website สสจ.หนองคาย												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2563-เดือนกุมภาพันธ์ 2564 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2563 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564 รอบที่ 2 : ความทันเวลา ความครบถ้วน ผลงานสะสมเดือนตุลาคม 2563-เดือนกรกฎาคม 2564 : ความถูกต้อง ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2563 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2564												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	ระดับจังหวัด/คปสอ. = $A \times 100 / B$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50	2	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60	3	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70	4	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	5	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50												
2	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60												
3	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70												
4	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80												
5	อำเภอเป้าหมายผ่านเกณฑ์การจัดทำข้อมูล และหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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 border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปรับปรุง (คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 60)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพอใช้ (คะแนนประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง (คะแนนประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดี (คะแนนประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป)</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีมาก (คะแนนประเมินร้อยละ 90 ขึ้นไป)</td></tr> </tbody> </table>	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)												

ระดับหน่วยบริการ : ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสารสนเทศสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป

เกณฑ์การจัดระดับหน่วยบริการ

ดีมาก	หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป
ดี	หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 70 ขึ้นไป
พอใช้	หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 60 ขึ้นไป
ปรับปรุง	หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้น้อยกว่าร้อยละ 60

เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ

ความทันเวลา 10+ความถูกต้อง 10+ความครบถ้วน 80 = 100 (เทียบเกณฑ์การจัดระดับ)

1) ความทันเวลา 10 คะแนน หน่วยบริการ

- ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกสัปดาห์ (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2563-เดือนกุมภาพันธ์ 2564
รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2563-เดือนกรกฎาคม 2564)

คะแนนส่งชุดข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด = $\frac{\text{จำนวนสัปดาห์ที่ส่ง} \times 10}{\text{จำนวนสัปดาห์ที่กำหนดต้องส่ง}}$

2) ความถูกต้อง 10 คะแนน

- ใช้คุณภาพข้อมูล OP/PP ที่ตรวจโดย สปสช. เป็นตัวแทนความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ทุกแฟ้มข้อมูลที่ สปสช. กำหนดให้ส่งและตรวจสอบความถูกต้อง
- ช่วงข้อมูลที่น่ามาประเมินยึดวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช. (รอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2563-เดือนกุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 เดือนตุลาคม 2563-เดือนกรกฎาคม 2564)

คะแนน = $\frac{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่มีความถูกต้อง} \times 10}{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่ส่งทั้งหมด}}$

3) ความครบถ้วน 80 คะแนน ประเมินความครอบคลุมโดยใช้ผลงาน QOF ปี 2564

- ข้อมูลที่น่ามาประเมินจาก Cockpit สสจ.หนองคาย
(รอบที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2563 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564)
(รอบที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปีงบประมาณ 2563 และไตรมาส 1-2 ปีงบประมาณ 2564)

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

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

3.2 ร้อยละประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง (5 คะแนน)

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

3.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (10 คะแนน)

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

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

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

3.5 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) (5 คะแนน)

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

3.6 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection) (5 คะแนน)

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

3.7 อัตราการลดลงของการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และ ความดันโลหิตสูง (HT) (10 คะแนน)	อัตราการลดลงของการนอนโรงพยาบาล		คะแนนที่ได้			
	ลดลง ≥ 7.43		5			
	ลดลง 7.22		4			
	ลดลง 7.01		3			
	ลดลง 6.80		2			
	ลดลง 6.59		1			
	3.8 อัตราการเปลี่ยนแปลงระยะของ CKD จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4 (10 คะแนน)					
	ร้อยละค่า eGFR จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4		คะแนนที่ได้			
	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10		5			
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11		4				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 12		3				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13		2				
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 14		1				
3.9 ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ (10 คะแนน)	ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้าน		คะแนนที่ได้			
	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 97		5			
	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 94		4			
	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 91		3			
	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88		2			
	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85		1			
	3.10 ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (10 คะแนน)					
	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		
				2561	2562	2563
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้นไป		ร้อยละ	84.88	54.65	73.25

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงานผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
1	หนองคาย	20	13	65.00
2	ท่าบ่อ	11	11	100.0
3	โพนพิสัย	16	16	100.0
4	ศรีเชียงใหม่	7	0	0.00
5	สังคม	6	5	83.33
6	สระใคร	4	1	25.00
7	เผ้าไร่	8	8	100.0
8	รัตนวาปี	7	5	71.43
9	โพธิ์ตาก	6	4	66.67
10	พิสัยเวหา	1	0	0.00
	รวม	86	63	

คะแนน QOF ปี 2563 (ข้อมูลจาก สปสช.เขต 8 อุดรธานี)

ชื่อหน่วยบริการ	คัดกรองเบาหวาน			คัดกรองความดันโลหิตสูง		
	11			11		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	90.46	5.00	55	89.88	4.00	44
รพ.โพนพิสัย	92.63	5.00	55	92.02	5.00	55
รพ.ศรีเชียงใหม่	84.27	2.00	22	82.36	1.00	11
รพ.สังคม	90.72	5.00	55	89.47	4.00	44
รพ.ท่าบ่อ	89.96	4.00	44	89.87	4.00	44
รพ.พิสัยเวหา	82.00	1.00	11	81.80	1.00	11
รพ.สระใคร	91.36	5.00	55	91.27	5.00	55
รพ.โพธิ์ตาก	90.98	5.00	55	90.91	5.00	55
รพ.เผ้าไร่	83.76	2.00	22	82.57	2.00	22
รพ.รัตนวาปี	89.73	4.00	44	89.20	4.00	44

ชื่อหน่วยบริการ	ANC ภายใน 12 สัปดาห์			ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
	10			10		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	71.74	5.00	50	58.98	1.00	10
รพ.โพนพิสัย	74.74	5.00	50	83.86	5.00	50
รพ.ศรีเชียงใหม่	70.25	5.00	50	24.44	0.00	0
รพ.สังคม	69.92	4.00	40	73.28	5.00	50
รพ.ท่าบ่อ	75.09	5.00	50	69.28	5.00	50
รพ.พิสัยเวหา	55.56	0.00	0	71.53	5.00	50
รพ.สระใคร	79.21	5.00	50	46.12	0.00	0
รพ.โพธิ์ตาก	53.52	0.00	0	71.93	5.00	50
รพ.เผ้าไร่	71.51	5.00	50	62.74	3.00	30
รพ.รัตนวาปี	55.74	0.00	0	65.42	4.00	40

ชื่อหน่วยบริการ	RDU AD			RDU RI		
	6			6		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	16.51	5.00	30	15.33	5.00	30
รพ.โพนพิสัย	10.01	5.00	30	7.90	5.00	30
รพ.ศรีเชียงใหม่	7.60	5.00	30	6.24	5.00	30
รพ.สังคม	4.95	5.00	30	4.19	5.00	30
รพ.ร.ท่าบ่อ	14.20	5.00	30	13.36	5.00	30
รพ.พิสัยเวช	15.77	5.00	30	15.62	5.00	30
รพ.สระใคร	11.11	5.00	30	8.80	5.00	30
รพ.โพธิ์ตาก	3.46	5.00	30	7.00	5.00	30
รพ.เผ่าไร่	7.51	5.00	30	5.10	5.00	30
รพ.รัตนวาปี	9.73	5.00	30	9.54	5.00	30

ชื่อหน่วยบริการ	ลดอัตรานอน รพ.Chronic			CKD ระยะ 3B ไป 4		
	6			15		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	505.12	2.00	12	18.99	0.00	0
รพ.โพนพิสัย	996.70	0.00	0	6.14	5.00	75
รพ.ศรีเชียงใหม่	1,079.14	0.00	0	20.95	0.00	0
รพ.สังคม	1,245.17	0.00	0	3.51	5.00	75
รพ.ร.ท่าบ่อ	418.85	3.00	18	7.17	5.00	75
รพ.พิสัยเวช	806.32	0.00	0	100.00	0.00	0
รพ.สระใคร	1,000.00	0.00	0	29.03	0.00	0
รพ.โพธิ์ตาก	1,521.93	0.00	0	35.29	0.00	0
รพ.เผ่าไร่	862.55	0.00	0	9.16	5.00	75
รพ.รัตนวาปี	864.20	0.00	0	15.05	0.00	0

ชื่อหน่วยบริการ	ผู้ป่วยเตียง 3,4 ได้เยี่ยมมา			ทารกแรกเกิด นน.<2500 กรัม		
	15			10		
	ผลงาน	ระดับ	คะแนน	ผลงาน	ระดับ	คะแนน
รพ.หนองคาย	99.09	5.00	75	4.44	3.00	30
รพ.โพนพิสัย	100.00	5.00	75	0.24	5.00	50
รพ.ศรีเชียงใหม่	100.00	5.00	75	7.69	0.00	0
รพ.สังคม	100.00	5.00	75	3.18	5.00	50
รพ.ร.ท่าบ่อ	100.00	5.00	75	1.13	5.00	50
รพ.พิสัยเวช	100.00	5.00	75	0.00	5.00	50
รพ.สระใคร	100.00	5.00	75	1.92	5.00	50
รพ.โพธิ์ตาก	100.00	5.00	75	0.00	5.00	50
รพ.เผ่าไร่	100.00	5.00	75	3.05	5.00	50
รพ.รัตนวาปี	100.00	5.00	75	0.91	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
	นายมนัสพงษ์ พลภูมิ	โทร. 08 7233 2023
	นายธนากร ทองคำ	โทร. 09 4127 6951
	งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 106, 117

ตัวชี้วัดที่ 3/3/-	หน่วยบริการ มีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงิน <u>ขั้นรุนแรง (Risk Score < 6)</u> (ค่าเป้าหมายส่วนกลาง : ร้อยละ รพ ที่มีความเสี่ยงระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และ ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8)																																																																																																									
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																																									
น้ำหนัก	ร้อยละ 100																																																																																																									
คำอธิบาย	<u>ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง</u> หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score version 3.0) อย่างน้อยร้อยละ 80 และควบคุมภาวะวิกฤติทางการเงินไม่ให้ถึงขั้นรุนแรง(Risk Score < 6) ประกอบด้วย <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th><th>ตัวชี้วัดกระบวนการ</th><th>เป้าหมาย</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">1. ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin) 2 คะแนน</td></tr> <tr> <td rowspan="2">1</td><td>แผนรายได้</td><td>± 5%</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>แผนค่าใช้จ่าย</td><td>± 5%</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td colspan="4">2. ด้านการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย 2 คะแนน</td></tr> <tr> <td rowspan="2">1</td><td>Unit Cost for OPD</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>Unit Cost for IPD</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td rowspan="4">2</td><td>LC (ค่าแรง)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>MC (ค่ายา)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>MC (ค่า Lab)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>MC (ค่าเวชภัณฑ์)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td colspan="4">หมายเหตุ คิดค่าคะแนนสูงสุดที่ได้ไม่เกิน 2 คะแนนจากคะแนนรวม</td></tr> <tr> <td colspan="4">3. ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน</td></tr> <tr> <td>1</td><td>ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชียา</td><td>≤ 90วัน</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ระยะเวลาดำเนินการในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC</td><td>≤ 60วัน</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ระยะเวลาดำเนินการในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ</td><td>≤ 60 วัน</td><td>0.5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>การบริหารสินค้าคงคลัง</td><td>≤ 3 เดือน</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>5</td><td>คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น</td><td>100%</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td colspan="4">4. ด้านการบริหารสินทรัพย์ 2 คะแนน</td></tr> <tr> <td>1</td><td>อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน</td><td>≥ 80% หรือ เพิ่มขึ้น 5%</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Sum of AdjRW</td><td>เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5%</td><td>1.0</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th><th>ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน</th><th>เป้าหมาย</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)</td><td>เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)</td><td>เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital)</td><td>≥ 0</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA)</td><td>≥ 0</td><td>1.0</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Cash Ratio</td><td>≥ 0.8</td><td>1.0</td></tr> </tbody> </table>			ลำดับ	ตัวชี้วัดกระบวนการ	เป้าหมาย	คะแนน	1. ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin) 2 คะแนน				1	แผนรายได้	± 5%	1.0	แผนค่าใช้จ่าย	± 5%	1.0	2. ด้านการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย 2 คะแนน				1	Unit Cost for OPD	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0	Unit Cost for IPD	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0	2	LC (ค่าแรง)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5	MC (ค่ายา)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5	MC (ค่า Lab)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5	MC (ค่าเวชภัณฑ์)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5	หมายเหตุ คิดค่าคะแนนสูงสุดที่ได้ไม่เกิน 2 คะแนนจากคะแนนรวม				3. ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน				1	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชียา	≤ 90วัน	1.0	2	ระยะเวลาดำเนินการในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC	≤ 60วัน	0.5	3	ระยะเวลาดำเนินการในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ	≤ 60 วัน	0.5	4	การบริหารสินค้าคงคลัง	≤ 3 เดือน	1.0	5	คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น	100%	1.0	4. ด้านการบริหารสินทรัพย์ 2 คะแนน				1	อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน	≥ 80% หรือ เพิ่มขึ้น 5%	1.0	2	Sum of AdjRW	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5%	1.0	ลำดับ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน	เป้าหมาย	คะแนน	1	ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0	2	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0	3	ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital)	≥ 0	1.0	4	ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA)	≥ 0	1.0	5	Cash Ratio	≥ 0.8	1.0
ลำดับ	ตัวชี้วัดกระบวนการ	เป้าหมาย	คะแนน																																																																																																							
1. ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin) 2 คะแนน																																																																																																										
1	แผนรายได้	± 5%	1.0																																																																																																							
	แผนค่าใช้จ่าย	± 5%	1.0																																																																																																							
2. ด้านการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย 2 คะแนน																																																																																																										
1	Unit Cost for OPD	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0																																																																																																							
	Unit Cost for IPD	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0																																																																																																							
2	LC (ค่าแรง)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5																																																																																																							
	MC (ค่ายา)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5																																																																																																							
	MC (ค่า Lab)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5																																																																																																							
	MC (ค่าเวชภัณฑ์)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5																																																																																																							
หมายเหตุ คิดค่าคะแนนสูงสุดที่ได้ไม่เกิน 2 คะแนนจากคะแนนรวม																																																																																																										
3. ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน																																																																																																										
1	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชียา	≤ 90วัน	1.0																																																																																																							
2	ระยะเวลาดำเนินการในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC	≤ 60วัน	0.5																																																																																																							
3	ระยะเวลาดำเนินการในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ	≤ 60 วัน	0.5																																																																																																							
4	การบริหารสินค้าคงคลัง	≤ 3 เดือน	1.0																																																																																																							
5	คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น	100%	1.0																																																																																																							
4. ด้านการบริหารสินทรัพย์ 2 คะแนน																																																																																																										
1	อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน	≥ 80% หรือ เพิ่มขึ้น 5%	1.0																																																																																																							
2	Sum of AdjRW	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5%	1.0																																																																																																							
ลำดับ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน	เป้าหมาย	คะแนน																																																																																																							
1	ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0																																																																																																							
2	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0																																																																																																							
3	ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital)	≥ 0	1.0																																																																																																							
4	ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA)	≥ 0	1.0																																																																																																							
5	Cash Ratio	≥ 0.8	1.0																																																																																																							

เกณฑ์ประเมินผล

คะแนนรวม 15 คะแนน (ระบบ 10 ผลลัพธ์ 5) Total Performance Score	ระดับ
≥ 12	A ดีมาก
≥ 10.5 – 12	B ดี
≥ 9 – 10.5	C พอใช้
≥ 7.5 – 9	D ต้องปรับปรุง
< 7.5	F ไม่ผ่าน

และ ต้องควบคุม Risk Score ให้ น้อยกว่า 6 ทั้งนี้ หากมีภาวะวิกฤติการเงินการคลังขั้นรุนแรง ต้องมีแผนปรับปรุงพัฒนา และรายงานผลการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังตามประเด็นที่เฝ้าระวัง

ข้อมูลประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score) Q3/2563

หน่วยบริการ	ตัวชี้วัดกระบวนการ					2.ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน						รวม	Grade
	1.1	1.2	1.3 ด้าน	1.4 ด้าน	รวม	ประสิทธิภาพ	อัตรา	ทุน	ผลกำไร	Cash	รวม	คะแนนทั้ง 2ส่วน	
	ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin)	ด้านการบริหารต้นทุนบริการ และค่าใช้จ่าย	การบริการบัญชี และการเงิน	การบริการสินทรัพย์	คะแนนด้านกระบวนการ	ทางการเงินการดำเนินงาน (Operating Margin)	ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	สำรองสุทธิ (Net Working Capital)	ขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA)	Ratio	คะแนนผลลัพธ์การดำเนินงาน		
คะแนนเต็ม	2	2	4	2	10.0	1	1	1	1	1	5.0	15.00	
รพ.หนองคาย	2	2	2.5	1	7.5	1	1	1	1	1	5.0	12.5	A
รพ.โพธารณย์	1	2	1.0	1	5.0	0	0	1	1	1	3.0	8.0	D
รพ.ศรีเชียงใหม่	2	2	3.0	1	8.0	0	0	1	1	0	2.0	10.0	C
รพ.สังขม	2	2	2.5	2	8.5	1	1	1	1	0	4.0	12.5	A
รพ.ท่าบ่อ	1	2	2.5	1	6.5	0	0	0	1	0	1.0	7.5	D
รพ.สระใคร	1	2	3.0	2	8.0	1	1	1	1	1	5.0	13.0	A
รพ.โพธิ์ตาก	1	2	3.0	2	8.0	0	0	0	1	0	1.0	9.0	C
รพ.เฝ้าไร่	2	2	1.0	1	6.0	0	0	1	1	1	3.0	9.0	C
รพ.รัตนวาปี	1	2	2.5	2	7.5	0	1	1	1	1	4.0	11.5	B

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล
เป้าหมาย	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีความเสี่ยงทางการเงินขั้นรุนแรง (Risk Score น้อยกว่า 6)
วิธีการประเมิน	ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมิน โดยใช้ข้อมูล จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563– ธันวาคม 2563 (ไตรมาส 1)
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – มิถุนายน 2564 (ไตรมาส 3)

ระดับ คปสอ.				
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวัง			
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
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
				2561 2562 2563
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score)		แห่ง	2/9 1/9 3/9
เอกสารอ้างอิง	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ($\leq$ ร้อยละ 4)		ร้อยละ	33.33 0 0
	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 (เลขาฯ 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 ดาวภคนันท์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ศูนย์จัดเก็บรายได้)			โทร. 089-7116536
	นางอมร ระวีวรรณ งานตรวจสอบภายใน			โทร.089-7126466
	นางอุดมศรี แสงสว่าง งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)			โทร.
	นางสาวอริญญา มีลาน งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)			โทร.
	นางสาวจิระวรรณ ศรีอัคราช งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)			โทร.

ตัวชี้วัดที่ 4/4/3	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ร้อยละ 100																																																							
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																							
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																							
คำอธิบาย	หน่วยงาน หมายถึงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลหนองคาย,โรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1. <u>หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน</u> 1. การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 2. การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป 3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป 4. ส่งรายงานการนำเข้าข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (บข.11) ให้สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไปเพื่อนำเข้าระบบ GFMIS เกณฑ์การให้คะแนนระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน <table><tr><th colspan="5">เกณฑ์ในการประเมิน</th></tr><tr><th>ลำดับ</th><th>เรื่อง</th><th>จำนวนข้อ</th><th>จำนวนต่อข้อ</th><th>คะแนนเต็ม</th></tr><tr><td>1</td><td>ตรวจสอบเรื่องกระทบยอดบัญชี</td><td>7.00</td><td>3.00</td><td>21.00</td></tr><tr><td>2</td><td>ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td><td>8.00</td><td>1.00</td><td>8.00</td></tr><tr><td>3</td><td>การตั้งค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ และค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญกับหนี้สงสัยจะสูญ</td><td>8.00</td><td>0.75</td><td>6.00</td></tr><tr><td>4</td><td>จับคู่ความสัมพันธ์ลูกหนี้-รายได้ระหว่างเดือน</td><td>22.00</td><td>1.25</td><td>27.50</td></tr><tr><td>5</td><td>ความสัมพันธ์ของสินทรัพย์ถาวรกับค่าเสื่อมราคา</td><td>44.00</td><td>0.25</td><td>11.00</td></tr><tr><td>6</td><td>จับคู่บัญชีค่าเสื่อมราคาสะสม และค่าเสื่อมราคา ระหว่างเดือน</td><td>43.00</td><td>0.25</td><td>10.75</td></tr><tr><td>7</td><td>บัญชีพัก ต้องไม่มียอดคงค้าง (ตามเกณฑ์ประเมินด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง)</td><td>1.00</td><td>0.75</td><td>0.75</td></tr><tr><td>8</td><td>จับคู่วัสดุ-เจ้าหนี้ระหว่างเดือน</td><td>10.00</td><td>1.50</td><td>15.00</td></tr><tr><td colspan="2">คะแนนรวม</td><td>143.00</td><td></td><td>100.00</td></tr></table>	เกณฑ์ในการประเมิน					ลำดับ	เรื่อง	จำนวนข้อ	จำนวนต่อข้อ	คะแนนเต็ม	1	ตรวจสอบเรื่องกระทบยอดบัญชี	7.00	3.00	21.00	2	ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	8.00	1.00	8.00	3	การตั้งค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ และค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญกับหนี้สงสัยจะสูญ	8.00	0.75	6.00	4	จับคู่ความสัมพันธ์ลูกหนี้-รายได้ระหว่างเดือน	22.00	1.25	27.50	5	ความสัมพันธ์ของสินทรัพย์ถาวรกับค่าเสื่อมราคา	44.00	0.25	11.00	6	จับคู่บัญชีค่าเสื่อมราคาสะสม และค่าเสื่อมราคา ระหว่างเดือน	43.00	0.25	10.75	7	บัญชีพัก ต้องไม่มียอดคงค้าง (ตามเกณฑ์ประเมินด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง)	1.00	0.75	0.75	8	จับคู่วัสดุ-เจ้าหนี้ระหว่างเดือน	10.00	1.50	15.00	คะแนนรวม		143.00		100.00
เกณฑ์ในการประเมิน																																																								
ลำดับ	เรื่อง	จำนวนข้อ	จำนวนต่อข้อ	คะแนนเต็ม																																																				
1	ตรวจสอบเรื่องกระทบยอดบัญชี	7.00	3.00	21.00																																																				
2	ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	8.00	1.00	8.00																																																				
3	การตั้งค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ และค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญกับหนี้สงสัยจะสูญ	8.00	0.75	6.00																																																				
4	จับคู่ความสัมพันธ์ลูกหนี้-รายได้ระหว่างเดือน	22.00	1.25	27.50																																																				
5	ความสัมพันธ์ของสินทรัพย์ถาวรกับค่าเสื่อมราคา	44.00	0.25	11.00																																																				
6	จับคู่บัญชีค่าเสื่อมราคาสะสม และค่าเสื่อมราคา ระหว่างเดือน	43.00	0.25	10.75																																																				
7	บัญชีพัก ต้องไม่มียอดคงค้าง (ตามเกณฑ์ประเมินด้านบัญชีของกรมบัญชีกลาง)	1.00	0.75	0.75																																																				
8	จับคู่วัสดุ-เจ้าหนี้ระหว่างเดือน	10.00	1.50	15.00																																																				
คะแนนรวม		143.00		100.00																																																				

เกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

ร้อยละ	ผล	เกรด	ช่วงคะแนน		เกรด
90 - 100	ดีมาก	A	คะแนนดิบ	129 - 143	A
80 - 89.99	ดี	B	คะแนนดิบ	115 - 128	B
70 - 79.99	พอใช้	C	คะแนนดิบ	101 - 114	C
0 - 69.99	ปรับปรุง	D	คะแนนดิบ	0 - 100	D

2. หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง

ระดับมาตรฐานสุขาอาเภอ

- 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 มาตรฐานสุขาอาเภอ

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	

รายละเอียดประกอบการให้คะแนนประเมินมาตรฐานสุขาอาเภอ

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-ถอนธนาคาร 7. ทะเบียนคุมเช็ค 8. เช็ค	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารและบัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร/ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร/สมุดเงินสด 401 3. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืมตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและ งบทดลอง 4. ทะเบียนคุมเช็คและเช็คถูกต้องตรงกัน	3

2. รายงานวัสดุคงคลัง	1.ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง 2.รายงานวัสดุคงคลังรายเดือน (มีการลงนามรับรอง) 3.งบทดลอง	1.ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง ถูกต้อง ตรงกันกับรายงานวัสดุคงคลังประจำเดือนและกับงบทดลอง	1
3. ลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนลูกหนี้เงินยืม 2. งบทดลอง 3. สัญญายืม 4.หนังสือติดตามทวงถามลูกหนี้เงินยืม(ถ้ามี)	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ถูกต้องตรงกับงบทดลองและมีเอกสารสัญญาเงินยืมครบตามทะเบียนคุม 2.มีการบันทึกรายการการส่งใช้เงินยืมครบถ้วน	1
4. รายงานทรัพย์สินถาวร	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ 2. บัญชีแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 3. ทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน (ประจำเดือน)	1. รายงานแยกประเภททรัพย์สินตรงกับรายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 2. ทะเบียนค่าเสื่อมราคาตรงกับรายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) และงบทดลอง	3
5. เอกสารการขอเบิก	1. เอกสารขอเบิก (สำเนา) ทั้งเดือนที่ตรวจ	1. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร	1
6. ส่งรายงานงบทดลอง ทันเวลา (hfo.cfo.in.th)	1.รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองตรงเวลาภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป	1
รวมทั้งสิ้น			10

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้

คุณภาพบัญชีระดับ A = 8 - 10 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 5

คุณภาพบัญชีระดับ B = 7 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 4

คุณภาพบัญชีระดับ C = 6 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3

คุณภาพบัญชีระดับ D = 5 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 2

คุณภาพบัญชีระดับ F = 1 - 4 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 1

3.หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างระดับ รพ.สต.

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

เกณฑ์การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แนวทางการประเมิน	คะแนน	หมายเหตุ
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	3	ตามเอกสาร ประกอบการประเมิน
2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	0.5	
3. รายงานวัสดุคงคลัง	1	
4. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1	
5. รายงานทรัพย์สินถาวร	2	
6. เอกสารการขอเบิก	1	
7. การจัดเก็บเอกสารการบันทึกบัญชี	1	
8. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา	0.5	
รวมทั้งสิ้น	10	

รายละเอียดประกอบการให้คะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	1. งบทดลอง 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 (ก่อนวันรับตรวจ 1 วัน) 3. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร (ทุกธนาคาร) 4. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร (Print MPI) 5. ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร 6. สมุดเงินสด 401 7. ทะเบียนคุมเช็ค 8. เช็ค	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน 2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับ งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารและบัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร/ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร/สมุดเงินสด 401 3. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ตรงกับ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน และ งบทดลอง 4. ทะเบียนคุมเช็คและเช็คถูกต้อง ตรงกัน	3
2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	1. ใบเสร็จรับเงิน 2. ทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน	1. การออกใบเสร็จรับเงินถูกต้อง ครบถ้วน ตรงกับ ทะเบียนคุมใบเสร็จ	0.5
3. รายงานวัสดุคงคลัง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง 2. รายงานวัสดุคงคลังรายเดือน (มีการลงนามรับรอง) 3. งบทดลอง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลังถูกต้อง ตรงกันกับ รายงานวัสดุคงคลัง ประจำเดือนและกับงบทดลอง	1
4. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม 2. งบทดลอง 3. สัญญา 4. หนังสือติดตามทวงถามลูกหนี้เงินยืม (ถ้ามี)	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ถูกต้อง ตรงกับงบทดลองและมีเอกสาร สัญญาเงินยืมครบตามทะเบียนคุม 2. มีการบันทึกรายงานการส่งใช้เงินยืม ครบถ้วน	1
5. รายงานทรัพย์สินถาวร	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ 2. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 3. ทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน (ประจำเดือน)	1. รายงานแยกประเภททรัพย์สิน ตรงกับรายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) 2. ทะเบียนค่าเสื่อมราคาตรงกับ รายงานแยกประเภททรัพย์สิน (Print MPI) และงบทดลอง	2

	แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
	6.เอกสารการขอเบิก	1.เอกสารการขอเบิก (ทั้งเดือนที่ตรวจ)	1.ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร	1
	7.การจัดเก็บเอกสารการบันทึกบัญชี	1.ใบสำคัญการบันทึกบัญชี Voucher รายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI) 2.สรุปข้อมูลรายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI)	1. เอกสารทุกรายการมีใบสำคัญการบันทึกบัญชี Voucherพร้อมลงลายมือชื่อของผู้ลงบัญชี ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติ (ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป)	1
	8. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา (hfo.cfo.in.th)	1.รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองตรงเวลา ภายในวันที่ 25 ของเดือนถัดไปคะแนนการส่งงบทดลองเต็ม 50 คะแนน	0.5
	รวมทั้งสิ้น			10
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้ คุณภาพบัญชีระดับ A = 8 - 10 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 5 คุณภาพบัญชีระดับ B = 7 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 4 คุณภาพบัญชีระดับ C = 6 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 3 คุณภาพบัญชีระดับ D = 5 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 2 คุณภาพบัญชีระดับ F = 1 – 4 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 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 (2 ครั้ง)			
รายการข้อมูล1	A :จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A			
รายการข้อมูล2	B : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง			
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัดระดับ 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			
				2561	2562	2563	
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ A ร้อยละ 100		ร้อยละ	100	100	89.13	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน			ร้อยละ
				รพท./รพช.	สสอ.	รพ.สต.	
	1	หนองคาย	19	1	1	17	100
	2	ท่าบ่อ	12	1	1	0	16.67
	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	64	89.13
ผู้รับผิดชอบ	นางอุดมศรี แสงสว่าง				08 6855 7922		
	นางสาวอริยญา มีลาน				09 8175 7142		
	นางสาวจิระวรรณ ศรีอัคราช				08 8068 4106		
	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป				0 4241 3233		

องค์ประกอบที่ 2 Agenda Base

ตัวชี้วัดที่ 5/5/4	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ตำบลมีกระบวนการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน/โรงเรียน (ตามหลักบันได 7 ขั้น) ดังนี้ - หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มวัยทำงาน ตามหลัก 3อ.2ส./COVID-19/TB/RDU ร้อยละ 100 - โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติกลุ่มวัยเรียน ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ร้อยละ 100 หมู่บ้านปรับเปลี่ยนและโรงเรียนสุขบัญญัติ ประเมินผลในโปรแกรม Health Gate บนเว็บไซต์ของ กองการศึกษา โดยมีหมู่บ้านระดับดีมากอย่างน้อย 1 แห่ง มีโรงเรียนระดับดีมากอย่างน้อย 1 แห่ง (ระดับการประเมินมี 4 ระดับคือ 1.พัฒนา 2.ดี 3.ดีมาก 4.ดีเยี่ยม) - พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 100 ของจำนวนหมู่บ้าน/ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพใน Google Form ของกองการศึกษา ใช้กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 50 คน โรงเรียนละ 50 คน โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 (ระดับการประเมินมี 4 ระดับคือ 1.ไม่ดี 2.พอใช้ 3.ดี 4.ดีมาก) - รพ.สต.มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐานด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบ 3 หมวด 23 เกณฑ์ หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ มี 1 เกณฑ์ หมวดที่ 2 กระบวนการสุขภาพ มี 18 เกณฑ์ หมวดที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมฯ มี 4 เกณฑ์ ประเมินในโปรแกรม Health Gate โดยมีรพ.สต.ระดับคุณภาพ ร้อยละ 20 (ระดับการประเมินมี 3 ระดับคือ 1.พื้นฐาน 2.พัฒนา 3.คุณภาพ) - อำเภอมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ อำเภอละ 2 ชุมชน ประกอบด้วย - เป็นรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ ระดับคุณภาพ - เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีเยี่ยม - เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดีเยี่ยม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มวัยเรียน และวัยทำงาน
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 และมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ 18 ชุมชน (9 อำเภอๆ ละ 2 ชุมชน) ระดับ คปสอ. : ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 และมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ 2 ชุมชน ระดับ รพ.สต. : ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60
วิธีการประเมิน	โปรแกรมประเมิน Health Gate / Google Form
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
ระดับจังหวัด	จากผลการประเมินในโปรแกรมและการนิเทศติดตาม
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนกลุ่มเป้าหมายวัยเรียนและวัยทำงาน ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนกลุ่มเป้าหมายวัยเรียนและวัยทำงาน ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50			
	2	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 55			
	3	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60			
	4	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 และมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ 16 ชุมชน			
	5	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 และมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ 18 ชุมชน			
ระดับ คปสอ.	จากผลการประเมินในโปรแกรมและการนิเทศติดตาม				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนกลุ่มเป้าหมายวัยเรียนและวัยทำงาน ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนกลุ่มเป้าหมายวัยเรียนและวัยทำงาน ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50			
	2	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 55			
	3	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60			
	4	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 และมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ 1 ชุมชน			
	5	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 และมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ 2 ชุมชน			
ระดับ รพ.สต.	จากผลการประเมินในโปรแกรมและการนิเทศติดตาม				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนกลุ่มเป้าหมายวัยเรียนและวัยทำงาน ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนกลุ่มเป้าหมายวัยเรียนและวัยทำงาน ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50			
	2	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 55			
	3	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60			
	4	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 มีหมู่บ้าน /โรงเรียน ระดับดีมาก ตำบลละ 1 แห่ง			
	5	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 มีหมู่บ้าน /โรงเรียน ระดับดีมาก ตำบลละ 2 แห่ง			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	
				2561	2562
				2563	
ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60 (ข้อมูลจากกองสุศึกษา) (ผลรวมของการประเมินในกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงาน)			ร้อยละ/อัตรา/ขั้นตอน	50.73	56.0

เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารแผนงาน โครงการ 2. ผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน แบบไฟล์ 3. คู่มือการดำเนินงาน 4. กิจกรรม 5. รูปภาพ	
ผู้รับผิดชอบ	นางณัฐกาญจน์ รียะบุตร	โทร.088-5602854
	กลุ่มงาน สื่อสารองค์กรและประชาสัมพันธ์	โทร. 0 4242 923 ต่อ 121

ตัวชี้วัดที่ 6/6/-	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100)
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : ขึ้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิตจำนวน 165 แห่ง (หนองคาย 1 แห่ง) - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 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 นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดัง - 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 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 3. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ 4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาตรฐาน HA (ฉบับที่ 4 ประกาศ 1ก.ค.61 ปรับปรุงม.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-2 : ร.พ.รัตนวาปี, ร.พ.โพธิ์ตาก 4. โรงพยาบาลเอกชน : ร.พ.พิสัยเวช อ.โพนพิสัย HA2
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : 5 ขึ้นตอน
วิธีการประเมิน	การประกาศผลการประเมินโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการและการประเมินโดยทีม สสจ.
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564

ระดับจังหวัด	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (ร้อยละ 100)	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA ผ่านการรับรองขั้น3และ Re-acc (สรพ.)	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคายทั้งหมด จำนวน 9 แห่ง	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 60%
	2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 70%
	3	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 80%
	4	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 90%
	5	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 100%
ระดับ คปสอ.	ดำเนินกิจกรรมครบ 5 ขั้นตอน	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ ประเมินระดับ HA1	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีผลการดำเนินงาน12กิจกรรมทบทวน จำนวน 4 กิจกรรม
	2	มีผลการดำเนินงาน12กิจกรรมทบทวน จำนวน 8 กิจกรรม
	3	มีผลการดำเนินงาน12กิจกรรมทบทวน จำนวน 12 กิจกรรม
	4	ผ่านระดับ3 + ส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองขั้น 1
	5	ได้รับการรับรองขั้น1
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ ประเมินระดับ HA2 (รพ.รัตนวาปี รพ.โพธิ์ตาก)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มี CQI ในกลุ่มโรคสำคัญ + พัฒนามาตาม GAP analysis ใน patient safety goal รวมกันอย่างน้อย 5 เรื่อง
	2	มี CQI ในกลุ่มโรคสำคัญ + พัฒนามาตาม 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 + ส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองขั้น 2
	5	ได้รับการรับรองขั้น 2
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ ประเมินระดับ HA3/Reacredit HA3=ฝ่าย/ศรีเชียงใหม่ React=โพนพิสัย/สระใคร/หนองคาย	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการดำเนินงานของทีมระดับกลางครบทุกทีม
	2	(1)+ มีการเชื่อมโยงการทำงานของทีมกลาง
	3	(1)+(2)+มีการติดตามของทีมนำส่งมาเสมอ
	4	อยู่ในช่วงรอรับการประเมิน accreditation หรือ ประเมินรับรองไม่ผ่าน หรือ ติดfocusหลังการประเมินรับรอง หรือ ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองภายใน6เดือนหลังวันที่อายุการรับรองสิ้นสุดลง
	5	อยู่ในช่วงเวลารับรอง หรือ อยู่ในช่วงการส่งการบ้านหลังการประเมินรับรอง หรือ อยู่ในช่วงรอรับการประเมินreaccreditation

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
						2560	2561	2562	2563
	โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองHAตามบันไดขั้น 3 และ Re-acc				ร้อยละ	85.71	71.42	71.42	71.42
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563								
	ลำดับ	โรงพยาบาล	ระดับการผ่าน ปัจจุบัน	วันที่รับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ			
	1.	หนองคาย	Re-acc2	29 พ.ค.60	28 พ.ค.63	ขยาย 1 ปี ตามประกาศ 4			
	2.	สระใคร	Re-acc1	27 มิ.ย.60	26 มิ.ย.63	ขยาย 1 ปี ตามประกาศ 4			
	3.	ศรีเชียงใหม่	HA3 ปรับเป็น HA2	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60	ส่ง HA3 ปี 2563 รอส่งเอกสาร			
	4.	เฝ้าไร่	HA2	10 พ.ค.62	9 พ.ค.63	ส่ง HA3 ปี 2563 รอวันประเมิน			
	5.	รัตนวาปี	-	-	-	ส่งประเมิน HA1 ปี 2563 รอวัน ประเมิน			
	6.	โพธิ์ตาก	-	-	-	รอผลประเมิน HA1 (8 ก.ย.63)			
	7	โพนพิสัย	Re-acc1	22 ก.พ.61	21 พ.ค.64				
	8	ท่าบ่อ	Re-acc5	26 พ.ย.62	23 ธ.ค.65				
	9	สังคม	Re-acc1	27 มิ.ย.62	24 ธ.ค.65				
	10	พิสัยเวหา	HA2	15 ก.พ.	14 ก.พ.60	รพ.เอกชน..ส่ง HA3 ...			
เอกสารอ้างอิง	1.มาตรฐานHAฉบับที่4(ประกาศใช้ วันที่1กรกฎาคม2561,แก้ไขมกราคม2562) 2.กระบวนการพัฒนาHAตามบันได3ขั้น 3.ประกาศรับรองของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.)								
ผู้รับผิดชอบ	1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ					โทร. (มือถือ) 099-5760280			
	2.นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					โทร. (มือถือ) 088-5713729			
	3.นายสมพร เจือจันทิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					โทร. (มือถือ) 089-5711175			
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย					โทร. 0 4242 923 ต่อ 120			

ตัวชี้วัดที่ 7/7/5	ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยกำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย <u>บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี</u> มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด คะแนนรวมร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 410 คะแนน) ดังนี้ หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี (25%) (60 คะแนน) 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมนูญ 5 คะแนน 1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ 10 คะแนน 1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ 40 คะแนน 1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยง 5 คะแนน หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (15%) 5คะแนน หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (10%) 5 คะแนน หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัยเน้นประเด็น 4PA (30%) (299 คะแนน) 4.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) 5 คะแนน 4.2 การจัดบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่) 30 คะแนน 4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม 5 คะแนน 4.4 การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด 10 คะแนน 4.5 การจัดบริการในชุมชน (LTC, SRRT) 10 คะแนน 4.6 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU และ งานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.) 80 คะแนน 4.7 ระบบสนับสนุน (159 คะแนน) 4.7.1 ระบบ IT 54 คะแนน 4.7.2 ระบบ IC 65 คะแนน 4.7.3 ระบบ LAB 40 คะแนน หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ (20%) (41 คะแนน) 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self-Care) 16 คะแนน 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI) 20 คะแนน (OTOP 5 คะแนน / HDC 15 คะแนน) 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ 5 คะแนน เกณฑ์ให้คะแนน รพ.สต.ระดับ 3 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ $\geq 60 - 69.99$ รพ.สต.ระดับ 4 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ $\geq 70 - 79.99$ รพ.สต.ระดับ 5 ดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥ 80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด $\geq$ ร้อยละ 80 รอบที่ 1 รพ.สต./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบประมาณ 2564 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ

	รอบที่ 2 รพ.สต./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดตามคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบฯ 2564 รับรองโดยทีมจังหวัด																																																																																																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง และ ปีงบฯ 2561 จำนวน 31 แห่ง รวมทั้งสิ้น 54 แห่ง																																																																																																																	
เป้าหมาย	<u>ระดับ จังหวัด และ ระดับ คปสอ.</u> หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง และ ปีงบฯ 2561 จำนวน 31 แห่ง รวมทั้งสิ้น 54 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">คปสอ.</th><th colspan="2">ผ่านรับรองปีงบฯ 2560</th><th colspan="2">ผ่านรับรองปีงบฯ 2561</th><th colspan="3">เป้าหมายปีงบฯ 2564</th></tr> <tr> <th>รพ.สต.</th><th>PCU</th><th>รพ.สต.</th><th>PCU</th><th>รพ.สต.</th><th>PCU</th><th>รวม</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>3</td><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>12</td><td>1</td><td>13</td></tr> <tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>6</td><td>1</td><td>7</td></tr> <tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>7</td><td>1</td><td>8</td></tr> <tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>5</td><td>0</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>5</td><td>0</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>4</td></tr> <tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>5</td><td>0</td><td>5</td></tr> <tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>4</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td></td><td>รวม</td><td>19</td><td>4</td><td>31</td><td>0</td><td>50</td><td>4</td><td>54</td></tr> </tbody> </table> ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ(รพ.สต./PCU) : ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม คะแนนรวม $\geq$ ร้อยละ 80 (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%)								ลำดับ	คปสอ.	ผ่านรับรองปีงบฯ 2560		ผ่านรับรองปีงบฯ 2561		เป้าหมายปีงบฯ 2564			รพ.สต.	PCU	รพ.สต.	PCU	รพ.สต.	PCU	รวม	1	หนองคาย	3	1	9	0	12	1	13	2	ท่าบ่อ	2	1	4	0	6	1	7	3	โพนพิสัย	3	1	4	0	7	1	8	4	ศรีเชียงใหม่	2	0	3	0	5	0	5	5	สังคม	2	0	3	0	5	0	5	6	สระใคร	1	0	1	0	2	0	2	7	เผ่าไร่	2	0	2	0	4	0	4	8	รัตนวาปี	2	0	3	0	5	0	5	9	โพธิ์ตาก	2	1	2	0	4	1	5		รวม	19	4	31	0	50	4	54
ลำดับ	คปสอ.	ผ่านรับรองปีงบฯ 2560		ผ่านรับรองปีงบฯ 2561		เป้าหมายปีงบฯ 2564																																																																																																												
		รพ.สต.	PCU	รพ.สต.	PCU	รพ.สต.	PCU	รวม																																																																																																										
1	หนองคาย	3	1	9	0	12	1	13																																																																																																										
2	ท่าบ่อ	2	1	4	0	6	1	7																																																																																																										
3	โพนพิสัย	3	1	4	0	7	1	8																																																																																																										
4	ศรีเชียงใหม่	2	0	3	0	5	0	5																																																																																																										
5	สังคม	2	0	3	0	5	0	5																																																																																																										
6	สระใคร	1	0	1	0	2	0	2																																																																																																										
7	เผ่าไร่	2	0	2	0	4	0	4																																																																																																										
8	รัตนวาปี	2	0	3	0	5	0	5																																																																																																										
9	โพธิ์ตาก	2	1	2	0	4	1	5																																																																																																										
	รวม	19	4	31	0	50	4	54																																																																																																										
วิธีการประเมิน	รอบที่ 1 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ รอบที่ 2 ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด																																																																																																																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																																																																																																																	
ระดับ	จังหวัด /ระดับอำเภอ																																																																																																																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564																																																																																																																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 และ ปีงบฯ 2561																																																																																																																	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$																																																																																																																	

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด และ ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบประมาณ 2560 และ ปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 60				
	2	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบประมาณ 2560 และ ปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 70				
	3	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบประมาณ 2560 และ ปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 80				
	4	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบประมาณ 2560 และ ปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 90				
	5	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบประมาณ 2560 และ ปีงบประมาณ 2561 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 100				
ระดับ รพ.สต.						
รายการข้อมูล 1		A : คะแนนที่ได้จากการประเมินตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว				
รายการข้อมูล 2		B : คะแนนเต็ม 410 คะแนน				
สูตรคำนวณ		A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥40- 49.99				
	2	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥50- 59.99				
	3	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥60- 69.99				
	4	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥70- 79.99				
	5	ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม ร้อยละ ≥80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด ≥ร้อยละ80				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว		ร้อยละ	63.53 (85/54)	100 (85/85)	100 (85/85) งดประเมิน

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	17	17	100
	2	ท่าบ่อ	11	11	100
	3	โพนพิสัย	16	16	100
	4	ศรีเชียงใหม่	8	8	100
	5	สังคม	7	7	100
	6	สระใคร	7	7	100
	7	เผ่าไร่	6	6	100
	8	รัตนวาปี	4	4	100
	9	โพธิ์ตาก	6	6	100
	10	พิสัยเวหา	17	17	100
		รวม	85	85	100
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) 2. ผลการประเมินตนเอง โดยทีมระดับอำเภอ 3. ผลการประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. (มือถือ) 08-9571-1175	
	นายกรวิษฐ์ ชัยวัชระ				
	นางสาวภาคย์ วงศ์หินกอง			โทร. (มือถือ) 09-2138-3679	
	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 8/-/-	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
หน่วยวัด	ร้อยละ
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 หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ 1) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองขอเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ (1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ตอเนื่อง และผสมผสาน (2) การบริการตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน (3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพ 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 - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยเทคโนโลยี - 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 โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ - เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม																																																																																														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560-2564																																																																																														
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 1) หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ 33 (จำนวน 18 ทีม (สะสม)) (เป้าหมายตามแผน 10 ปี ของจังหวัด จำนวน 27 ทีม) 2) ประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของรพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 50 <table><tr><th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">คปสอ.</th><th rowspan="2">ผลการดำเนินการ (สะสม 2563)</th><th colspan="3">เป้าหมาย (ตามแผน 10)</th><th rowspan="2">หมายเหตุ</th></tr><tr><th>2563 (ยังไม่ขึ้นทะเบียนเปิดดำเนินการ)</th><th>2564</th><th>รวม (สะสม 2564)</th></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>11</td><td>4</td><td>1</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>-</td><td>-</td><td>1</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>1</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>-</td><td>-</td><td>1</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>-</td><td>-</td><td>1</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td></td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>15</td><td>6</td><td>6</td><td>12</td><td>27</td></tr></table> ***หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิเป้าหมายการพัฒนา <table><tr><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th></tr><tr><td>1. รพ.สต.โพนสว่าง</td><td>1. รพ.สต.เตี๋ย อ.เมือง</td></tr><tr><td>2. รพ.สต.วัดธาตุ</td><td>2. รพ.สต.บ้านถ่อน อ.ท่าบ่อ</td></tr><tr><td>3. รพ.สต.โพธิ์ชัย</td><td>3. รพ.สต.เซิม อ.โพนพิสัย</td></tr><tr><td>4. ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (นาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย</td><td>4. PCU ศรีเชียงใหม่</td></tr><tr><td>5. รพ.สต.บ้านเตี๋ย อ.ท่าบ่อ</td><td>5. PCU เฝ้าไร่</td></tr><tr><td>6. PCU โพนพิสัย</td><td>6. PCU รัตนวาปี</td></tr></table>	ลำดับ	คปสอ.	ผลการดำเนินการ (สะสม 2563)	เป้าหมาย (ตามแผน 10)			หมายเหตุ	2563 (ยังไม่ขึ้นทะเบียนเปิดดำเนินการ)	2564	รวม (สะสม 2564)	1	หนองคาย	11	4	1	5		2	ท่าบ่อ	2	1	1	2		3	โพนพิสัย	1	1	1	2		4	ศรีเชียงใหม่	-	-	1	1		5	สังคม	1	-	-	-		6	สระใคร	-	-	-	-		7	เฝ้าไร่	-	-	1	1		8	รัตนวาปี	-	-	1	1		9	โพธิ์ตาก	-	-	-	-			รวม	15	6	6	12	27	ปี 2563	ปี 2564	1. รพ.สต.โพนสว่าง	1. รพ.สต.เตี๋ย อ.เมือง	2. รพ.สต.วัดธาตุ	2. รพ.สต.บ้านถ่อน อ.ท่าบ่อ	3. รพ.สต.โพธิ์ชัย	3. รพ.สต.เซิม อ.โพนพิสัย	4. ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (นาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย	4. PCU ศรีเชียงใหม่	5. รพ.สต.บ้านเตี๋ย อ.ท่าบ่อ	5. PCU เฝ้าไร่	6. PCU โพนพิสัย	6. PCU รัตนวาปี
ลำดับ	คปสอ.				ผลการดำเนินการ (สะสม 2563)	เป้าหมาย (ตามแผน 10)			หมายเหตุ																																																																																						
		2563 (ยังไม่ขึ้นทะเบียนเปิดดำเนินการ)	2564	รวม (สะสม 2564)																																																																																											
1	หนองคาย	11	4	1	5																																																																																										
2	ท่าบ่อ	2	1	1	2																																																																																										
3	โพนพิสัย	1	1	1	2																																																																																										
4	ศรีเชียงใหม่	-	-	1	1																																																																																										
5	สังคม	1	-	-	-																																																																																										
6	สระใคร	-	-	-	-																																																																																										
7	เฝ้าไร่	-	-	1	1																																																																																										
8	รัตนวาปี	-	-	1	1																																																																																										
9	โพธิ์ตาก	-	-	-	-																																																																																										
	รวม	15	6	6	12	27																																																																																									
ปี 2563	ปี 2564																																																																																														
1. รพ.สต.โพนสว่าง	1. รพ.สต.เตี๋ย อ.เมือง																																																																																														
2. รพ.สต.วัดธาตุ	2. รพ.สต.บ้านถ่อน อ.ท่าบ่อ																																																																																														
3. รพ.สต.โพธิ์ชัย	3. รพ.สต.เซิม อ.โพนพิสัย																																																																																														
4. ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (นาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย	4. PCU ศรีเชียงใหม่																																																																																														
5. รพ.สต.บ้านเตี๋ย อ.ท่าบ่อ	5. PCU เฝ้าไร่																																																																																														
6. PCU โพนพิสัย	6. PCU รัตนวาปี																																																																																														
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิ																																																																																														
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																																																																																														

ระดับจังหวัด									
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคลินิกหมอครอบครัวดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเครือข่ายที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิที่หมอครอบครัวทั้งหมด								
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100								
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน							
	1	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 21% (11 ทีม)							
	2	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 24% (12 ทีม)							
	3	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 27% (14 ทีม)							
	4	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 30% (16 ทีม)							
	5	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 33% (18 ทีม) ***							
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่)		ทีม	2560	2561	2562	2563			
				7	4	1	6		
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563									
	ลำดับ	คปสอ.	สะสม 2562		เป้าหมาย 2563	เปิดดำเนินการ ปี 2563	เปิดดำเนินการ (สะสม 2563)	หมายเหตุ	
			เปิดดำเนินการ	ปิด					คงเหลือ
	1	หนองคาย	5	1	4	11	7	11	(ครอบคลุมประชากรร้อยละ 62)
	2	ท่าบ่อ	2		2	1	-	2	
	3	โพนพิสัย	1		1	1	-	1	
	4	ศรีเชียงใหม่			-	-	-	-	
	5	สังคม	1		1	-	-	1	
	6	สระใคร			-	-	-	-	
	7	เฝ้าไร่	1	1	-	-	-	-	
	8	รัตนวาปี	1	1	-	-	-	-	
	9	โพธิ์ตาก	1	1	-	-	-	-	
	รวม	12	4	8*	13	7	15		
เอกสารอ้างอิง	พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข : ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC, แบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ								
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก				โทร. (มือถือ) 08-9571-1175				
	นางสาวภาคย์ วงศ์หินกอง				โทร. (มือถือ) 09-2138-3679				
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				โทร. 0 4242 923 ต่อ 120				

ตัวชี้วัดที่ 9/-/-	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด 1.จำนวนผู้รับบริการ OPD ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เขตเมืองเพิ่มขึ้น 2.โรงพยาบาลมีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 3.โรงพยาบาลมีระบบรับยาที่ร้านยา
หน่วยวัด	ร้อยละ/อัตรา/ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	โรงพยาบาล หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับA,S) (รพ.หนองคาย 1 แห่ง) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ 1) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองขอขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ (1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน (2) การบริการตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน (3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่ (5) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว (6) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิต้องผ่านเกณฑ์ 3S /5S ร้านยา หมายถึงร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่มีการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานของสปสข.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลหนองคายผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด : 1. จำนวนผู้รับบริการ OPD ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) โรงพยาบาลหนองคายเพิ่มขึ้น 2. โรงพยาบาลหนองคายมีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 3. โรงพยาบาลหนองคายมีระบบรับยาที่ร้านยา
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : โรงพยาบาลหนองคายผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบรับยาที่ร้านยา
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564

ระดับจังหวัด						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1 และ รอบที่ 2		
	1	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ		1 กิจกรรม		
	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ		2 กิจกรรม		
	3	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ		3 กิจกรรม		
	4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ		4 กิจกรรม		
	5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการ		5 กิจกรรม		
โดยที่	รอบที่ 1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด 5 ขั้นตอน/กิจกรรม					
	กิจกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีฐานข้อมูลร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GPP ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย				
	2	มีการดำเนินการ/แผนการเตรียมการ/การสำรวจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อรองรับการเข้าร่วมโครงการการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา				
	3	มีการดำเนินการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)				
	4	มีการพัฒนาระบบนัดหมายและคิว				
	5	มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา				
	รอบที่ 2 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด 5 ขั้นตอน					
	กิจกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีฐานข้อมูลร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GPP ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย				
	2	มีการดำเนินการ/แผนการเตรียมการ/การสำรวจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อรองรับและเข้าร่วมโครงการการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา (ตามจำนวนเป้าหมายของกระทรวง)				
	3	มีการดำเนินการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีจำนวน OPD visit เพิ่มขึ้น				
	4	มีระบบนัดหมายและคิว				
	5	มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา (เป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร)				
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
			2561	2562	2563	
1.จำนวนผู้รับบริการ OPD ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เขตเมืองเพิ่มขึ้น		ครั้ง	34,252	34,050	34,050	
2.โรงพยาบาลมีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์			-	-	-	
3.โรงพยาบาลมีระบบรับยาที่ร้านยา		ร้าน	-	-	4	
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูล/คู่มือดำเนินการ Primary Care Cluster : PCC , แบบลงทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว					
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก			โทร. (มือถือ) 08-9571-1175		
	นางสาวภาคย์ วงศ์หินกอง			โทร. (มือถือ) 09-2138-3679		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 120		
	นางปิยะมาศ ปรีชาภูก			โทร. 08-3290-6287		
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์และกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 129		

ตัวชี้วัดที่ 10/-/-	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	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																	
เป้าหมาย	<ร้อยละ 6																	
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย																	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564																	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน																	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%	2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%	3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%	4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%	5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <10%																	
2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <9%																	
3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <8%																	
4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%																	
5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <6%																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</td><td>< 6%</td><td>2.91</td><td>3.40</td><td>3.63</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			2561	2562	2563	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 6%	2.91	3.40	3.63
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน																
		2561	2562	2563														
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 6%	2.91	3.40	3.63														
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลในระบบ HDC																	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com																
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	0 4241 3354 ต่อ 105																

ตัวชี้วัดที่ 11/8/6	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค 1) อัตราการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากค่าเฉลี่ยอัตราป่วยด้วยวัณโรคของอำเภอย้อนหลัง 3 ปี
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อัตราการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคโดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยอัตราป่วยด้วยวัณโรคของอำเภอย้อนหลัง 3 ปี โดยเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงเพื่อพิจารณาค้นหาเชิงรุก โดยการคัดกรอง (TB Screening) ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และนำเข้าสู่การวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว (Early diagnosis and treatment) 1. กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค : ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิด กับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้ป่วยวัณโรคปอดจากฐานข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี โดยจัดทำทะเบียนการคัดกรองวัณโรคผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดเพื่อใช้ในการติดตามคัดกรองทุก 6 เดือน ใน 2 ปีแรก และบันทึกในระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวัง (NTIP) 2. กลุ่มที่มีโรคร่วม 2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากพบภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติหรือมีอาการสงสัย ควรส่งตรวจเสมหะทางกล้องจุลทรรศน์ (AFB Smear) การตรวจทางอณูชีววิทยา (Molecular Testing) และการเพาะเชื้อ (Culture) 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มีค่า ประกอบด้วย HbA1C ≥ 7 FBS ≥ 140 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 ผลการค้นหา 1. ประเมินผลจากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในโปรแกรม NTIP 2. ผลการประเมินเปรียบเทียบจากผลงานค่าเฉลี่ยอัตราป่วยด้วยวัณโรคของอำเภอย้อนหลัง 3 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด 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)																																																																						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563–กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563–กรกฎาคม 2564																																																																						
ระดับ	จังหวัด/คปสอ. เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10																																																																						
รายการข้อมูล 1	A : อัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้																																																																						
รายการข้อมูล 2	B : ค่าเฉลี่ยอัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคของอำเภอย้อนหลัง 3 ปี																																																																						
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																																																						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น <ร้อยละ 4</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 4</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 6</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 8</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 10</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น <ร้อยละ 4	2	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 4	3	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 6	4	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 8	5	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 10																																																						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																						
1	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น <ร้อยละ 4																																																																						
2	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 4																																																																						
3	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 6																																																																						
4	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 8																																																																						
5	อัตราการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น ≥ร้อยละ 10																																																																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคทุกระบบ</td><td>อัตรา</td><td>100.21</td><td>108.59</td><td>82.32</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	อัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคทุกระบบ	อัตรา	100.21	108.59	82.32																																																					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																				
2561			2562	2563																																																																			
อัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคทุกระบบ	อัตรา	100.21	108.59	82.32																																																																			
	ค่าเฉลี่ยอัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคของจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2561-2563 <table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2561</td><td>อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2562</td><td>อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2563</td><td>ค่าเฉลี่ยอัตราป่วย/แสน ปชก.</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>96.16</td><td>163.11</td><td>114.85</td><td>124.70</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>73.57</td><td>123.66</td><td>95.09</td><td>97.44</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>90.92</td><td>82.89</td><td>104.20</td><td>92.67</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>71.28</td><td>71.18</td><td>100.32</td><td>80.92</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>117.61</td><td>94.64</td><td>55.34</td><td>89.19</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>66.68</td><td>107.96</td><td>89.60</td><td>88.14</td></tr><tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>55.49</td><td>82.20</td><td>118.65</td><td>85.44</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>61.88</td><td>30.97</td><td>64.48</td><td>52.44</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>71.82</td><td>45.70</td><td>78.22</td><td>65.24</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>100.21</td><td>108.59</td><td>82.32</td><td>97.04</td></tr></table> หมายเหตุ จาการายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทแยกตามภูมิลำเนา					ลำดับ	คปสอ.	อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2561	อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2562	อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2563	ค่าเฉลี่ยอัตราป่วย/แสน ปชก.	1	หนองคาย	96.16	163.11	114.85	124.70	2	ท่าบ่อ	73.57	123.66	95.09	97.44	3	โพนพิสัย	90.92	82.89	104.20	92.67	4	ศรีเชียงใหม่	71.28	71.18	100.32	80.92	5	สังคม	117.61	94.64	55.34	89.19	6	สระใคร	66.68	107.96	89.60	88.14	7	เฝ้าไร่	55.49	82.20	118.65	85.44	8	รัตนวาปี	61.88	30.97	64.48	52.44	9	โพธิ์ตาก	71.82	45.70	78.22	65.24		รวม	100.21	108.59	82.32	97.04
ลำดับ	คปสอ.	อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2561	อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2562	อัตราป่วย/แสน ปชก. ปี 2563	ค่าเฉลี่ยอัตราป่วย/แสน ปชก.																																																																		
1	หนองคาย	96.16	163.11	114.85	124.70																																																																		
2	ท่าบ่อ	73.57	123.66	95.09	97.44																																																																		
3	โพนพิสัย	90.92	82.89	104.20	92.67																																																																		
4	ศรีเชียงใหม่	71.28	71.18	100.32	80.92																																																																		
5	สังคม	117.61	94.64	55.34	89.19																																																																		
6	สระใคร	66.68	107.96	89.60	88.14																																																																		
7	เฝ้าไร่	55.49	82.20	118.65	85.44																																																																		
8	รัตนวาปี	61.88	30.97	64.48	52.44																																																																		
9	โพธิ์ตาก	71.82	45.70	78.22	65.24																																																																		
	รวม	100.21	108.59	82.32	97.04																																																																		
เอกสารอ้างอิง	1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB07) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)																																																																						
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115																																																																			
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136																																																																			

ตัวชี้วัดที่ 11/8/6	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคโควิดโรค																
	2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิดได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ครอบคลุมร้อยละ 100																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย หมายถึง ผู้ที่มีอาการสงสัยว่าติดเชื้อโควิดซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคติดเชื้อโควิด ทั้งโรคปอด และโรคอื่นนอกปอด ที่ได้รับการรักษาโรคติดเชื้อโควิด ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด หรือได้รับการรักษาโรคติดเชื้อโควิด ในไตรมาสที่ 1-3 /2564 (ตุลาคม 2563-มิถุนายน 2564)																
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. ร้อยละ 100																
วิธีการประเมิน	1. รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อโควิด (ICD-10) 2. รายงานผลการตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อโควิด 3. ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิดที่ได้รับการรักษาโรคติดเชื้อโควิด 4. ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในแต่ละไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)																
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563–ธันวาคม 2563																
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563–มิถุนายน 2564																
ระดับ	จังหวัด/คปสอ. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิดได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ครอบคลุมร้อยละ 100																
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้																
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิดทั้งหมดในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้																
สูตรคำนวณ	A/B x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>2</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 85</td></tr><tr><td>3</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>4</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 95</td></tr><tr><td>5</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิดครบถ้วน ร้อยละ 100</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 80	2	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 85	3	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 90	4	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 95	5	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิดครบถ้วน ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 80																
2	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 85																
3	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 90																
4	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด ≥ร้อยละ 95																
5	การขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิดครบถ้วน ร้อยละ 100																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ														
			2561	2562	2563												
	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิดได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาโรคติดเชื้อโควิด	ร้อยละ	-	-	-												

	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ
	1	หนองคาย	-	-	-
	2	ท่าบ่อ	-	-	-
	3	โพนพิสัย	-	-	-
	4	ศรีเชียงใหม่	-	-	-
	5	สังคม	-	-	-
	6	สระใคร	-	-	-
	7	เผ่าไร่	-	-	-
	8	รัตนวาปี	-	-	-
	9	โพธิ์ตาก	-	-	-
		รวม	-	-	-
หมายเหตุ ยังไม่เคยมีการจัดเก็บข้อมูล					
เอกสารอ้างอิง	1.รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค (ICD-10) 2.รายงานผลการตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัยวัณโรค 3.ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาวัณโรค 4. ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในแต่ละไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)				
ผู้รับผิดชอบ	นายพณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 11/8/6	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค
	3) อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ร้อยละ 85
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	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 และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 2.1 ใหม่เสมอพบเชื้อ (New M+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear พบเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง 2.2 ใหม่เสมอไม่พบเชื้อ (New M-) หมายถึง 2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด 2.2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ผล Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรค หรือ Culture หรือวิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M.tuberculosis ได้ 2.3 ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ (New Smear not done) หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มีอาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้ หรือไม่มีการตรวจเสมหะ หรือในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1/2564 (ตุลาคม 2563 - ธันวาคม 2563)
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. ร้อยละ 85
วิธีการประเมิน	สสจ. : รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP) คปสอ. : ประเมินจากเอกสารรายงาน ภาพกิจกรรมและรายงานจากโปรแกรม NTIP
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563–กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563–กรกฎาคม 2564
ระดับ จังหวัด/คปสอ.	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่(Success rate) ร้อยละ 85

รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ			
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้			
สูตรคำนวณ	A / B X 100			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 65		
	2	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 70		
	3	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 75		
	4	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 80		
	5	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2561 2562 2563
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		ร้อยละ	79.56 78.59 73.75
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 (ขึ้นทะเบียนไตรมาส 1/2563)			
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน ร้อยละ
	1	หนองคาย	36	26 72.22
	2	ท่าบ่อ	11	11 100
	3	โพนพิสัย	11	6 54.55
	4	ศรีเชียงใหม่	6	4 66.67
	5	สังคม	4	4 100
	6	สระใคร	1	1 100
	7	เฝ้าไร่	8	6 75
	8	รัตนวาปี	1	1 100
	9	โพธิ์ตาก	0	0 0
	10	พิสัยเวหา	2	0 0
		รวม	80	59 73.75
	หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2563			
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 2. โปรแกรม NTIP			
ผู้รับผิดชอบ	นายทกณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 11/8/6	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค																																		
	4) ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.																																		
หน่วยวัด	ขั้นตอน																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย ระดับ จังหวัด คปสอ./รพ.สต	1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีผล Smear เป็นพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา 2. การกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค เสมหะพบเชื้อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.เป็นผู้กำกับการกินยาผู้ป่วยต่อหน้า																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา																																		
เป้าหมาย	ร้อยละ 80																																		
วิธีการประเมิน	1. รายงานผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ที่มีผู้กำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) ในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP) 2. มีทะเบียนกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. 2.1 ผู้ป่วยมีเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. กำกับดูแลการกินยาต่อหน้าทุกวัน 2.2 มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยและมีการบันทึกการกำกับการกินยา เป็นปัจจุบัน 2.3 มีการจัดยาให้ผู้ป่วยแบบซองละ 1 วัน และนับ/ตรวจสอบยาที่เหลือ 2.4 ภาพกิจกรรมกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย																																		
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563–ธันวาคม 2563																																		
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563–มิถุนายน 2564																																		
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.																																		
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน																																		
สูตรคำนวณ	A / B X 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ จังหวัด คปสอ./รพ.สต	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 65</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">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">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม</td><td>ร้อยละ</td><td>81.95</td><td>84.70</td><td>84.19</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2561	2562	2563	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม	ร้อยละ	81.95	84.70	84.19																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ																																	
		2561	2562	2563																															
อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม	ร้อยละ	81.95	84.70	84.19																															

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 (1-3/2563)				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	87	68	78.16
	2	ท่าบ่อ	45	41	93.33
	3	โพนพิสัย	47	38	80.85
	4	ศรีเชียงใหม่	11	9	81.82
	5	สังคม	17	17	100
	6	สระใคร	7	7	100
	7	เฝ้าไร่	21	17	80.95
	8	รัตนวาปี	8	7	87.5
	9	โพธิ์ตาก	5	5	100
	10	พิสัยเวหา	5	4	80
		รวม	253	213	84.19
เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต	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 11/8/6	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคโควิดโรค																	
	11.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≤ ร้อยละ 5																	
หน่วยวัด	อัตรา																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในระหว่างการรักษา (ไม่นับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือจากปัจจัยภายนอก)																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1-3 /2564 (ตุลาคม 2563-มิถุนายน 2564)																	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. ≤ ร้อยละ 5																	
วิธีการประเมิน	รายงานการขึ้นทะเบียนรักษา (TB07) และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในแต่ละไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูล-อิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563– กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563– กรกฎาคม 2564																	
ระดับ	จังหวัด/คปสอ. อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 5																	
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษา ที่ครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้																	
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยคนไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาส																	
สูตรคำนวณ	A/B x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการเสียชีวิต > ร้อยละ 12.5</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 12.5</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 10</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 7.5</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 5</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการเสียชีวิต > ร้อยละ 12.5	2	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 12.5	3	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 10	4	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 7.5	5	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 5	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราการเสียชีวิต > ร้อยละ 12.5																	
2	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 12.5																	
3	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 10																	
4	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 7.5																	
5	อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 5																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</td><td>ร้อยละ</td><td>13.22</td><td>11.11</td><td>13.58</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	13.22	11.11	13.58
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2561	2562	2563														
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	13.22	11.11	13.58														

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2561

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ
1	หนองคาย	167	27	16.67
2	ท่าบ่อ	69	13	18.84
3	โพนพิสัย	53	7	13.21
4	ศรีเชียงใหม่	28	1	3.57
5	สังคม	10	0	0
6	สระใคร	13	1	7.69
7	เผ่าไร่	37	2	5.41
8	รัตนวาปี	18	2	11.11
9	โพธิ์ตาก	6	0	0
10	พิสัยเวหา	15	2	13.33
	รวม	416	55	13.22

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ
1	หนองคาย	246	27	10.98
2	ท่าบ่อ	82	11	13.41
3	โพนพิสัย	44	0	0
4	ศรีเชียงใหม่	16	3	18.75
5	สังคม	17	3	17.65
6	สระใคร	18	3	16.67
7	เผ่าไร่	23	2	8.70
8	รัตนวาปี	10	2	20
9	โพธิ์ตาก	2	1	50
10	พิสัยเวหา	10	0	0
	รวม	468	52	11.11

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2563(1/2563)

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	37	5	13.51
2	ท่าบ่อ	11	0	0
3	โพนพิสัย	11	2	18.18
4	ศรีเชียงใหม่	6	2	33.33
5	สังคม	4	0	0
6	สระใคร	1	0	0
7	เผ่าไร่	8	0	0
8	รัตนวาปี	1	0	0
9	โพธิ์ตาก	0	0	0
10	พิสัยเวหา	2	2	100
	รวม	81	11	13.58

เอกสารอ้างอิง	1. รายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP 2. รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP 3. รายงานสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค	
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 42421 438 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 12/9/7	ระดับจังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ชั้นที่ 2 และ ชั้นที่ 3 ระดับ รพ.สต. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU PCU								
หน่วยวัด	ร้อยละ								
น้ำหนัก	ร้อยละ								
คำนิยาม	(1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community (2) RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./ รพท./รพช.)/โรงพยาบาลสังกัดกรม การแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร (3) RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้ RDU ชั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td><td> จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มีอัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค </td></tr> </tbody> </table> RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผลสด 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 NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไต ทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) </td><td> จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %) </td></tr> </tbody> </table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มีอัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผลสด 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 NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไต ทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)								
1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มีอัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค								
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)								
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผลสด 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 NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไต ทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการการใช้ยา ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)								

	RDU ชั้นที่ 3 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	
	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
	1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
	RDU ชั้นที่ 3+ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	
	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
	1. ผลการดำเนินงานผ่านตาม ตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัดตาม เกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพ ปัญหา(problem based indicators) โดยอาจเป็น ตัวชี้วัดร่วมระดับ เขต ระดับ เครือข่าย รพ. หรือเฉพาะ ระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตาม กลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็น ปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ. สต.ทั้งหมดในเครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการ ใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ ส่วนบนและโรคอุจจาระ ร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
	(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	
เป้าหมาย รอบที่ 1	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลทั้งหมด รพ. RDU ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลทั้งหมด หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ชั้นที่ 2 (ระดับคะแนนที่ 5) หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ระดับ รพ.สต. : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20) ทั้ง 2 โรค (ระดับคะแนนที่ 5)	
เป้าหมาย รอบที่ 2	ระดับจังหวัด : รพ. RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลทั้งหมด รพ. RDU ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ของโรงพยาบาลทั้งหมด หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ รพ. RDU ชั้นที่ 3 (ระดับคะแนนที่ 5)	

	หมายเหตุ : โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการต่อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ระดับ รพ.สต. : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (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		
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563-กุมภาพันธ์ 2564		
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563-กรกฎาคม 2564		
ระดับจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 1/ชั้นที่ 2/ชั้นที่ 3		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณ RDU	ระดับจังหวัด : $(A/B) \times 100$		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด รอบที่ 1	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 20	
	2	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 30	
	3	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 40	
	4	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 50 และ RDU ชั้น 3 ร้อยละ 15	
	5	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 60 และ RDU ชั้น 3 ร้อยละ 25	
รอบที่ 2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 30	
	2	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 40	
	3	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 50	
	4	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 60 และ RDU ชั้น 3 ร้อยละ 20	
	5	รพ.ผ่าน RDU ชั้น 2 ร้อยละ 70 และ RDU ชั้น 3 ร้อยละ 35	

เกณฑ์การให้ คะแนน ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1/2563	
	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 * โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการติดต่อด้านจุลชีพ ระดับ intermediate
	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 * โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการติดต่อด้านจุลชีพ ระดับ intermediate
	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 * โรงพยาบาลหนองคายมีระบบจัดการการติดต่อด้านจุลชีพ ระดับ intermediate
เกณฑ์การให้ คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 40 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 40
	2	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 35 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 35
	3	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 30 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 30
	4	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 25 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 25
	5	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20 และ 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 22.22	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 55.56 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 33.33	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 100 RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 77.78 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 66.67
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563	คปสอ.	RDU ชั้นที่ 1	RDU ชั้นที่ 2	RDU ชั้นที่ 3
		หนองคาย	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน
		ท่าบ่อ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน
		โพนพิสัย	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		สังคม	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		สระใคร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		เผ่าไร่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		ศรีเชียงใหม่	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		รัตนวาปี	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
		โพธิ์ตาก	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
เอกสารอ้างอิง ระดับจังหวัด	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด/อำเภอ 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล				
เอกสารอ้างอิง ระดับ คปสอ.	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ และรายงานการประชุม 2. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 3. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 4. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 5. รายงานอัตราการติดเชื้อมื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด 6. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 7. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)				
เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต.	1. แนวทางการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ 2. เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 3. แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล 4. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลการบริหารงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล 5. แบบฟอร์มการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and Evaluation)				
ผู้รับผิดชอบ	1. ภก.ไพรัตน์ ประทุมทอง 2. ภญ.ปิยะมาศ ปรีชาภูก 3. ภญ.เพ็ญพร ส่งเมือง 4. ภก.สายันต์ โชติยาธิวัฒน์ 5. ภญ.มนสิชา บุรณะบุญดี			โทร. 081-8713114 โทร. 083-2906287 โทร. 084-0325650 โทร. 095-1962419 โทร. 091-0639982	
	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129	

ตัวชี้วัดที่ 13/10/-	จังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 คปสอ. : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกินร้อยละ 12
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) โดยในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาห้องฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่ ทันเวลา ปลอดภัย และ ประทับใจ แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ TEMSA คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ในปี 2559 พบว่ามีผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี หรือคิดเป็น 458 ครั้ง : 1,000 ประชากร โดยมากกว่า 60% เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน ทำให้เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด (Emergency Department Crowding) นอกจากนั้นยังขาดแคลนบุคลากรที่มีประสบการณ์ 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 เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย) นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการ ดังนี้

	1. มีการประเมิน ECS ตามคู่มือการประเมินตนเองตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ 2. มีการวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาในส่วนที่ต้องพัฒนา 3. จัดทำแผนหรือโครงการตามการวิเคราะห์เพื่อทำแผนงานโครงการพัฒนา 4. การดำเนินการงานตามแผนงานโครงการ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปผ่านการประเมิน ECS $\geq$ ร้อยละ 50/F3 $\geq$ ร้อยละ 30) ระดับ คปสอ : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกินร้อยละ 12												
วิธีการประเมิน	1. แบบประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์ผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์การประเมิน 2. ข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 (จากรายงาน ER ECS จังหวัด / 43 แฟ้ม HDC)												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564												
ระดับจังหวัด	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80												
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 A2 : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F3 ที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ในจังหวัด												
สูตรคำนวณ	$(A1+A2)/B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 ไม่ประเมิน รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลการประเมินผล ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 40</td></tr> <tr> <td>2</td><td>โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>3</td><td>โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>5</td><td>โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 40	2	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 50	3	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 60	4	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 70	5	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 40												
2	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 50												
3	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 60												
4	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 70												
5	โรงพยาบาลระดับที่ผ่านการประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80												
ระดับ คปสอ.	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 12												
รายการข้อมูล 1	A : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน level 1 ที่เสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงทั้งในห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล												
รายการข้อมูล 2	B : ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage Level 1 ทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่1	รอบที่2
	1	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ ER และ Admit			>7.5%	>15%
	2	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ ER และ Admit			≤7.5%	≤15%
	3	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ ER และ Admit			≤7.0%	≤14%
	4	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ ER และ Admit			≤6.5%	≤13%
	5	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม.ทั้งที่ ER และ Admit			≤6.0%	≤12%

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	- ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	ร้อยละ	88.89	100	88.89	
	- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล	ร้อยละ	5.22	5.69	3.76	

ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับ มี ECS คุณภาพ ปีงบประมาณ 2561-2563					
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1	หนองคาย	50%	57.6	64.6	64.6
2	ท่าบ่อ	50%	57.1	68.3	68.3
3	โพนพิสัย	50%	65.6	67.23	67.23
4	ศรีเชียงใหม่	50%	41.2	45.4	45.4
5	สังคม	50%	45.4	48.8	50.3
6	สระใคร	30%	37.6	41.9	41.9
7	เผ่าไร่	30%	45.0	55.6	55.6
8	รัตนวาปี	30%	37.8	40.3	40.3
9	โพธิ์ตาก	30%	21.8	45.4	45.4
	รวม		88.89	100	88.89

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ภายใน 24 ชม. ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 - 2563 (ต.ค.62-ส.ค.63)							
ลำดับ	คปสอ.	ปี 2562 (level1)			ปี 2563 (level1)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	1,847	70	3.79	2,298	117	5.09
2	ท่าบ่อ	250	94	37.60	763	30	3.93
3	โพนพิสัย	897	8	0.89	1,067	9	0.84
4	ศรีเชียงใหม่	103	5	4.85	120	4	3.33
5	สังคม	43	3	6.98	127	5	3.94
6	สระใคร	53	2	3.77	49	2	4.08
7	เผ่าไร่	214	11	5.14	314	6	1.91
8	รัตนวาปี	170	8	4.71	162	7	4.32
9	โพธิ์ตาก	56	6	10.71	40	5	12.5
10	พิสัยเวหา	56	3	5.36	64	3	4.69
	รวม	3,689	210	5.69	5,004	188	3.76

เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรมฐานข้อมูล 43 แฟ้ม / HDC 2. รายงานบันทึก ER ECS จังหวัด 3. แบบประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดย กรมการแพทย์	
ผู้รับผิดชอบ	1. นางวริศรา เป้าบุญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ : 095-76645140 e-mail : warisara.4611@gmail.com
	2. นางสาวเนียง จันทรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.หนองคาย	โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com
	3.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com
	4.นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026

ตัวชี้วัดที่ 14/-/-	การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI			
	14.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการ ให้การวินิจฉัย และรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันทั่วทั้งที่ โดยวิธีการให้ยา ละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล			
เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 10			
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564			
ระดับจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลและเสียชีวิต			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 13		
	2	อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 12		
	3	อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 11		
	4	อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 10		
	5	อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 9		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI		ร้อยละ	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561 2562 2563 8.43 7.50 9.30
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ			
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 14/-/-	การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																																	
	14.2 ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด																																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																																	
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการ ให้การวินิจฉัย และรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันที่ โดยวิธีการให้ยา ละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด (Streptokinase)																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																																	
เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 50																																	
วิธีการประเมิน	ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ																																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																																	
ระดับ	ระดับจังหวัด และ ระดับ คปสอ.																																	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล																																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด																																	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$																																	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td colspan="4">ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ10</td></tr> <tr> <td>2</td><td colspan="4">ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ20</td></tr> <tr> <td>3</td><td colspan="4">ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ30</td></tr> <tr> <td>4</td><td colspan="4">ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ40</td></tr> <tr> <td>5</td><td colspan="4">ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ50</td></tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ10				2	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ20				3	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ30				4	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ40				5	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ50			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																	
1	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ10																																	
2	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ20																																	
3	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ30																																	
4	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ40																																	
5	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ50																																	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>52.00</td><td>52.27</td><td>32.26</td></tr> </tbody> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2560	2561	2562	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	52.00	52.27	32.26																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																
		2560	2561	2562																														
ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	52.00	52.27	32.26																														
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลในระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ																																	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปลุกษ์	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534																																
	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	E-mail:poo_b12@hotmail.com																																
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	0 4241 3354 ต่อ 105																																

ตัวชี้วัดที่ 15/12/-	งานอนามัยแม่และเด็ก 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 0
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงอาการข้างเคียงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มล. หลังการผ่าตัดคลอด ¹ การกะเนปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง โดยทั่วไปอาการและการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15% ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1000 มล. ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตราย เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีภาวะโปรตีนหรือไข่ขาวปะปนอยู่ในปัสสาวะ ไตทำงานผิดปกติ หรือมีอาการอื่น ๆ โดยภาวะนี้มักเกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ หรือบางกรณีอาจเกิดกับอายุครรภ์ที่น้อยกว่านั้น แต่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา อาจทำให้เกิดอาการชักขณะตั้งครรภ์หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ตามมาได้ ความดันโลหิตสูงในสตรีมีครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension) หมายถึง การที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg และมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจปล้ำความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล : P : มีการเสริมพลังภาคีเครือข่ายในงานอนามัยแม่และเด็ก และใช้กลไก MCHBOARD ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน I : ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง เช่น สปสช.งบประมาณ CUP R : มีการกำหนดให้การตายมารดาเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ A : 1. มีการประกาศนโยบายของประเทศ/กระทรวงในการลดการตายมารดา ระดับเขต สุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ 2. มีการสื่อสารความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว B : การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเช่นการฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพอบรมการทำคลอดท่าก้น คลอดติดไหล่การอบรมพยาบาลผดุงครรภ์การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด

เป้าหมาย	มารดาตาย = 0																													
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC 1.โรงพยาบาลที่เกิดกรณีแม่ตายรายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง 2.รายงานสืบสวนการตาย(CE) จากโรงพยาบาล/อำเภอไปยัง สสจ. ภายใน 15 วัน 3.รายงานผลการ Conference maternal death case ภายใน 30 วัน																													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2: ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																													
ระดับจังหวัด																														
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้น อุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด																													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน																													
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100,000																													
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>0</td><td>อัตราการตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr></table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	อัตราการตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	5	อัตราการตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ																					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																													
0	อัตราการตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ																													
5	อัตราการตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ																													
ระดับ คปสอ.																														
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.รอบที่ 1	<table><tr><td colspan="3">รอบที่ 1</td></tr><tr><td>ข้อ</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>คะแนน</td></tr><tr><td rowspan="2">1</td><td>- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาในระดับโรงพยาบาล/อำเภอ/CUP</td><td>0.5</td></tr><tr><td>- มีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการตายมารดา</td><td>0.5</td></tr><tr><td rowspan="2">2</td><td>- มีนโยบาย/มาตรการลดการตายมารดา</td><td>0.5</td></tr><tr><td>- มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ</td><td>0.5</td></tr><tr><td>3</td><td>ศูนย์อนามัย/สสจ./รพ.มีการส่งเสริมและสนับสนุน (เช่นจัดประชุม/อบรม มาตรฐาน วิชาการ เยี่ยมเสริมพลัง วิทยากร สื่อต้นแบบ เป็นต้น) ให้หน่วยบริการ ผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยเน้น การดำเนินการเพื่อป้องกันการตายมารดา ทั้งสาเหตุทางตรงและสาเหตุทางอ้อม</td><td>1.0</td></tr><tr><td rowspan="2">4</td><td>- มีฐานข้อมูลแม่และเด็กแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ</td><td>0.5</td></tr><tr><td>- หน่วยบริการทุกแห่งจำแนกประเภทครรภ์เสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน Low Risk, Very Low, High Risk, Very High ชัดเจน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามครบทุกราย</td><td>0.5</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>1.0</td></tr></table>			รอบที่ 1			ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาในระดับโรงพยาบาล/อำเภอ/CUP	0.5	- มีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการตายมารดา	0.5	2	- มีนโยบาย/มาตรการลดการตายมารดา	0.5	- มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	0.5	3	ศูนย์อนามัย/สสจ./รพ.มีการส่งเสริมและสนับสนุน (เช่นจัดประชุม/อบรม มาตรฐาน วิชาการ เยี่ยมเสริมพลัง วิทยากร สื่อต้นแบบ เป็นต้น) ให้หน่วยบริการ ผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยเน้น การดำเนินการเพื่อป้องกันการตายมารดา ทั้งสาเหตุทางตรงและสาเหตุทางอ้อม	1.0	4	- มีฐานข้อมูลแม่และเด็กแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ	0.5	- หน่วยบริการทุกแห่งจำแนกประเภทครรภ์เสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน Low Risk, Very Low, High Risk, Very High ชัดเจน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามครบทุกราย	0.5	5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1.0
รอบที่ 1																														
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																												
1	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาในระดับโรงพยาบาล/อำเภอ/CUP	0.5																												
	- มีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการตายมารดา	0.5																												
2	- มีนโยบาย/มาตรการลดการตายมารดา	0.5																												
	- มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	0.5																												
3	ศูนย์อนามัย/สสจ./รพ.มีการส่งเสริมและสนับสนุน (เช่นจัดประชุม/อบรม มาตรฐาน วิชาการ เยี่ยมเสริมพลัง วิทยากร สื่อต้นแบบ เป็นต้น) ให้หน่วยบริการ ผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยเน้น การดำเนินการเพื่อป้องกันการตายมารดา ทั้งสาเหตุทางตรงและสาเหตุทางอ้อม	1.0																												
4	- มีฐานข้อมูลแม่และเด็กแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ	0.5																												
	- หน่วยบริการทุกแห่งจำแนกประเภทครรภ์เสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน Low Risk, Very Low, High Risk, Very High ชัดเจน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามครบทุกราย	0.5																												
5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1.0																												
รอบที่ 2	<table><tr><td colspan="3">รอบที่ 2</td></tr><tr><td>ข้อ</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>คะแนน</td></tr><tr><td rowspan="2">1</td><td>- มีการทบทวนสถานการณ์ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน รายโรงพยาบาล/ อำเภอ/CUP พร้อมทั้งสรุปรายงาน แก้ไขปัญหา</td><td>0.5</td></tr><tr><td>- มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์</td><td>0.5</td></tr><tr><td>2</td><td>- มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและระบบ โปรแกรมข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก</td><td>1.0</td></tr></table>			รอบที่ 2			ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	- มีการทบทวนสถานการณ์ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน รายโรงพยาบาล/ อำเภอ/CUP พร้อมทั้งสรุปรายงาน แก้ไขปัญหา	0.5	- มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์	0.5	2	- มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและระบบ โปรแกรมข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	1.0													
รอบที่ 2																														
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																												
1	- มีการทบทวนสถานการณ์ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน รายโรงพยาบาล/ อำเภอ/CUP พร้อมทั้งสรุปรายงาน แก้ไขปัญหา	0.5																												
	- มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์	0.5																												
2	- มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและระบบ โปรแกรมข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	1.0																												

	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน				คะแนน																																																																
	3	โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ CUP มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายเพื่อจัดการแก้ปัญหาและพัฒนางานโดยเป็นทีมช่วยเหลือวิชาการการบริหารจัดการการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (action)				(1.0)																																																																
		- มีฐานข้อมูลแม่ตาย และรายงานแม่ตายรายสัปดาห์ รายเดือนแก่ สสจ.				0.3																																																																
		- รายงานการประชุมสืบสวนการตายระดับอำเภอ				0.3																																																																
		- มีทะเบียน/รายงานการอบรม/ประชุมเพื่อพัฒนา/การบริหารจัดการ เช่น การป้องกันการตายจากการตกเลือด/ความดันโลหิตสูง/การคัดกรองความเสี่ยงและมีภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์/การดูแลภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม/การปฏิบัติตาม CPG				0.4																																																																
4	- มีฐานข้อมูลแม่และเด็กแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ				0.5																																																																	
	- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามครบทุกราย				0.5																																																																	
5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				1.0																																																																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr><tr><td>อัตราส่วนการตายมารดา</td><td>ต่อการเกิดมีชีพแสนราย</td><td>0</td><td>56.78</td><td>28.74</td><td>0</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				2560	2561	2562	2563	อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อการเกิดมีชีพแสนราย	0	56.78	28.74	0																																																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																				
		2560	2561	2562	2563																																																																	
อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อการเกิดมีชีพแสนราย	0	56.78	28.74	0																																																																	
	<table><tr><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563</th></tr><tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ต่อแสนเกิดมีชีพ</th></tr><tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>576</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>363</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>464</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>135</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>169</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>127</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>270</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>205</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>57</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>28</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>2,394</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ต่อแสนเกิดมีชีพ	1	เมืองหนองคาย	576	0	0	2	ท่าบ่อ	363	0	0	3	โพนพิสัย	464	0	0	4	ศรีเชียงใหม่	135	0	0	5	สังคม	169	0	0	6	สระใคร	127	0	0	7	เผ่าไร่	270	0	0	8	รัตนวาปี	205	0	0	9	โพธิ์ตาก	57	0	0	10	พิสัยเวหา	28	0	0		รวม	2,394	0	0
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563																																																																						
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ต่อแสนเกิดมีชีพ																																																																		
1	เมืองหนองคาย	576	0	0																																																																		
2	ท่าบ่อ	363	0	0																																																																		
3	โพนพิสัย	464	0	0																																																																		
4	ศรีเชียงใหม่	135	0	0																																																																		
5	สังคม	169	0	0																																																																		
6	สระใคร	127	0	0																																																																		
7	เผ่าไร่	270	0	0																																																																		
8	รัตนวาปี	205	0	0																																																																		
9	โพธิ์ตาก	57	0	0																																																																		
10	พิสัยเวหา	28	0	0																																																																		
	รวม	2,394	0	0																																																																		
เอกสารอ้างอิง	- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - คู่มือโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก																																																																					
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์		โทร. 08 1964 3779																																																																			
	นางสุธิดา ดวงพุทธา		โทร 08 9715 2599																																																																			
	น.ส.ชนิษฐา นาหนองตูม		โทร. 08 8572 1632																																																																			
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123																																																																			

ตัวชี้วัดที่ 15/12/-	งานอนามัยแม่และเด็ก 2) ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
หน่วยวัด	ร้อยละ/อัตรา/ขั้นตอน/ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การบริหารจัดการ MCH Board หมายถึง มี MCH Board ระดับอำเภอ มีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี และมีรายงานการประชุมทุกครั้ง โดยมีวาระการประชุมคือสถานการณ์และผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก และจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก มีการสืบสวนการตายของมารดาและทารกทุกราย และรายงานจังหวัดภายใน 15 วัน มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 5 นาที และเด็กที่สงสัยพัฒนาล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัดภายใน 1 เดือน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดเองโดย MCH Board อำเภอ มีการจัดบริการ ANC/WCC/LR ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กหรือมาตรฐานกรมการแพทย์ (ห้องคลอด) ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงอาการข้างเคียงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มล. หลังการผ่าตัดคลอด การประเมินปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง โดยทั่วไปอาการและการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15% ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1,000 มล. ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตราย เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีภาวะโปรตีนหรือไข่ขาวปะปนอยู่ในปัสสาวะ ไตทำงานผิดปกติ หรือมีอาการอื่น ๆ โดยภาวะนี้มักเกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ หรือบางกรณีอาจเกิดกับอายุครรภ์ที่น้อยกว่านั้น แต่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา อาจทำให้เกิดอาการชักขณะตั้งครรภ์หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ตามมาได้ ความดันโลหิตสูงในสตรีมีครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension) หมายถึง การที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg และมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ มีผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้ จาก)HDC/cockpit/ผลประเมิน 1. อัตราส่วนมารดาตาย = 0 ต่อการเกิดมีชีวิตคน (HDC) 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70 (QOF/HDC) 3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 (QOF/HDC) 4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (HDC) 5. เด็กแรกเกิด – ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50 (HDC)

	6. ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (HDC) 7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16 (HDC) 8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดทั้งหมด (Cockpit/NICU/ก2/Data Exchange อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน) 9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ (Cockpit/ LR/ก2) 10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 (HDC/Cockpit/ LR/ก2) 11. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 12. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 (ผลประเมิน) 13. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง (ผลประเมิน)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	MCH Board ระดับอำเภอ 9 อำเภอ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 ของ คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ คปสอ. : รอบที่ 1 ผลรวมของคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 80 คะแนน รอบที่ 2 ผลรวมของคะแนนผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 90 คะแนน												
วิธีการประเมิน	1. ข้อมูลจาก HDC/cockpit/neoscreen/LR/NICU/ANC/WCC/ก2/Data Exchange อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน/ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน 2. จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด/รพ.สต 3. จากแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย/กรมการแพทย์												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564												
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	$A/B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60	2	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70	3	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80	4	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90	5	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60												
2	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70												
3	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80												
4	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90												
5	คปสอ.ที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100												

ระดับ คปสอ.	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก																																																																												
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																																																																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. อัตราส่วนมารดาตาย = 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ทุกรพ.)</td><td>ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td><td>56.78</td><td>21.11 (1/4736)</td><td>0 (0/3,314)</td></tr> <tr> <td>2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70 (ทุกรพ.)</td><td>ร้อยละ</td><td>91.79 (1,485/1,619)</td><td>87.56 (1,992/2,275)</td><td>89.93 (1,724/1,917)</td></tr> <tr> <td>3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 (ทุกรพ.)</td><td>ร้อยละ</td><td>84.11 (1,335/1,611)</td><td>76.80 (1,741/2,267)</td><td>84.82 (1,615/1,904)</td></tr> <tr> <td>4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (ทุกรพ.)</td><td>ร้อยละ</td><td>3.58 (86/2,405)</td><td>5.77 (166/2,878)</td><td>6.07 (144/2,371)</td></tr> <tr> <td>5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50 (ทุกรพ.)</td><td>ร้อยละ</td><td>85.06 (3,080/3,621)</td><td>73.01 (2,142/2,934)</td><td>73.90 (2,115/2,862)</td></tr> <tr> <td>6. ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (ทุกรพ.)</td><td>ร้อยละ</td><td>86.26 (4,692/5,438)</td><td>90.79 (5,208/5,736)</td><td>90.38 (5,075/5,615)</td></tr> <tr> <td>7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16 (ทุกรพ.)</td><td>ร้อยละ</td><td>14.68 (337/2,296)</td><td>14.47 (550/3,802)</td><td>13.20 (446/3,379)</td></tr> <tr> <td>8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดทั้งหมด (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)</td><td>ต่อพันการเกิดมีชีพ</td><td>1.75 (4/2,291)</td><td>7.17 (34/4,740)</td><td>5.41 (18/3,325)</td></tr> <tr> <td>9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)</td><td>ต่อพันการเกิดมีชีพ</td><td>10.04 (23/2,291)</td><td>20.82 (91/4,371)</td><td>23.23 (77/3,314)</td></tr> <tr> <td>10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7</td><td>ร้อยละ</td><td>2.58 (59/2,291)</td><td>11.73 (405/3,454)</td><td>5.79 (189/3,263)</td></tr> <tr> <td>11. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ</td><td>100 (85/85)</td><td>100 (84/84)</td><td>100 (84/84)</td></tr> <tr> <td>12. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ</td><td>100 (85/85)</td><td>100 (84/84)</td><td>100 (84/84)</td></tr> <tr> <td>13. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)</td><td>ร้อยละ</td><td>100 (6/6 รพ.)</td><td>100 (6/6 รพ.)</td><td>100 (6/6 รพ.)</td></tr> </tbody> </table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	1. อัตราส่วนมารดาตาย = 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ทุกรพ.)	ต่อแสนการเกิดมีชีพ	56.78	21.11 (1/4736)	0 (0/3,314)	2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	91.79 (1,485/1,619)	87.56 (1,992/2,275)	89.93 (1,724/1,917)	3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	84.11 (1,335/1,611)	76.80 (1,741/2,267)	84.82 (1,615/1,904)	4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	3.58 (86/2,405)	5.77 (166/2,878)	6.07 (144/2,371)	5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	85.06 (3,080/3,621)	73.01 (2,142/2,934)	73.90 (2,115/2,862)	6. ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (ทุกรพ.)	ร้อยละ	86.26 (4,692/5,438)	90.79 (5,208/5,736)	90.38 (5,075/5,615)	7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	14.68 (337/2,296)	14.47 (550/3,802)	13.20 (446/3,379)	8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดทั้งหมด (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)	ต่อพันการเกิดมีชีพ	1.75 (4/2,291)	7.17 (34/4,740)	5.41 (18/3,325)	9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)	ต่อพันการเกิดมีชีพ	10.04 (23/2,291)	20.82 (91/4,371)	23.23 (77/3,314)	10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	2.58 (59/2,291)	11.73 (405/3,454)	5.79 (189/3,263)	11. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	100 (85/85)	100 (84/84)	100 (84/84)	12. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	100 (85/85)	100 (84/84)	100 (84/84)	13. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)	ร้อยละ	100 (6/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																																											
		2561	2562	2563																																																																									
1. อัตราส่วนมารดาตาย = 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ทุกรพ.)	ต่อแสนการเกิดมีชีพ	56.78	21.11 (1/4736)	0 (0/3,314)																																																																									
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	91.79 (1,485/1,619)	87.56 (1,992/2,275)	89.93 (1,724/1,917)																																																																									
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	84.11 (1,335/1,611)	76.80 (1,741/2,267)	84.82 (1,615/1,904)																																																																									
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	3.58 (86/2,405)	5.77 (166/2,878)	6.07 (144/2,371)																																																																									
5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	85.06 (3,080/3,621)	73.01 (2,142/2,934)	73.90 (2,115/2,862)																																																																									
6. ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (ทุกรพ.)	ร้อยละ	86.26 (4,692/5,438)	90.79 (5,208/5,736)	90.38 (5,075/5,615)																																																																									
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16 (ทุกรพ.)	ร้อยละ	14.68 (337/2,296)	14.47 (550/3,802)	13.20 (446/3,379)																																																																									
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดทั้งหมด (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)	ต่อพันการเกิดมีชีพ	1.75 (4/2,291)	7.17 (34/4,740)	5.41 (18/3,325)																																																																									
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)	ต่อพันการเกิดมีชีพ	10.04 (23/2,291)	20.82 (91/4,371)	23.23 (77/3,314)																																																																									
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ	2.58 (59/2,291)	11.73 (405/3,454)	5.79 (189/3,263)																																																																									
11. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	100 (85/85)	100 (84/84)	100 (84/84)																																																																									
12. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ	100 (85/85)	100 (84/84)	100 (84/84)																																																																									
13. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์ทุกแห่ง (ยกเว้น รพ.สระใคร, เฝ้าไร่, รัตนวาปี, โพนืตาก)	ร้อยละ	100 (6/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)	100 (6/6 รพ.)																																																																									

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
อำเภอ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2563			
	คะแนนเต็ม	ผลงาน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
เมืองหนองคาย	100	85	85.00	4.72
ท่าบ่อ	100	89	89.00	4.94
โพนพิสัย	100	93	93.00	5.00
ศรีเชียงใหม่	100	87	87.00	4.83
สังคม	100	91	91.00	5.00
สระใคร	100	94.12	94.12	5.00
เฝ้าไร่	100	89.41	89.41	4.97
รัตนวาปี	100	94.12	94.12	5.00
โพธิ์ตาก	100	91.76	91.76	5.00
พิสัยเวหา	100	88	88	4.89
จังหวัด	10 แห่ง	5 แห่ง	90.49	5

คำอธิบายศัพท์

อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio (MMR)) หมายถึง การตายของมารดาไทย ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 ชั่วโมง ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าไร หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพและคน

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 จำนวนทารกเกิดมีชีพตายก่อนอายุครบ 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพทั้งหมด 1,000 คน

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

อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองธาลัสซีเมีย หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกคนที่ผ่านการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในทุกอายุครรภ์ ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 100 คน

หมายเหตุ : การผ่านการตรวจ หมายถึง เคยได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ในครรภ์นั้นหรือครรภ์ก่อน

อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก 100 คน

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) หมายถึง เด็กที่คลอดออกมาจากมารดาที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป/หรือน้ำหนักเด็กที่คลอดออกมาน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัมขึ้นไป

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (Ventilation) และปริมาตรเลือดที่ผ่านปอด (Pulmonary perfusion) น้อยหรือมีไม่เพียงพอ หลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ และเกิดความพิการต่างๆทางสมอง

	ตามมา เช่น Epilepsy, Mental Redardation, Cereal Palsy และ Learning Disabilities หรือเป็นผลให้ทารกเสียชีวิต นำไปสู่ความสูญเสียของครอบครัวและสังคม การคลอดมาตรฐาน 1. มีสถานที่และอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน 2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐานการจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆเข้าด้วยกัน 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/g2/Data Exchange อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน) 6. ผลการประเมินตนเองจากทีมอำเภอ/เขต	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุธิดา ดวงพุฒา	โทร. 08 9715 2599
	น.ส.ชนิษฐา นาหนองตูม	โทร. 08 8572 1632
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 16/13/8	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน 2. พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตาม ให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้ว ผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260) 3. การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3: ที่อาศัยอยู่ในเขต ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) 4. พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อพื้นที่ (1B262:เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) 5. พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 6. พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจพัฒนาการในครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202,1B212,1B222,1B232,1B242)
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
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20

	- เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 65
วิธีการเก็บข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HOSxP และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ผ่านระบบรายงาน HDC (Special PP) - อำเภอ, จังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ HDC วิเคราะห์ และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2563-กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 ตุลาคม 2563-กรกฎาคม 2564
แหล่งข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
การบันทึกข้อมูล	1. การบันทึกการคัดกรอง DSPM/DAIM ของเด็ก ในแฟ้ม Special PP ใช้รหัสดังต่อไปนี้ ที่ช่องงานให้บริการ 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 border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 85</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 90</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 70	2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 75	3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 80	4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 85	5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 90
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 70												
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 75												
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 80												
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 85												
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย $\geq$ ร้อยละ 90												

ตัวชี้วัดที่ 1.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $\geq$ ร้อยละ 70
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $\geq$ ร้อยละ 75
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $\geq$ ร้อยละ 80
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $\geq$ ร้อยละ 85
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $\geq$ ร้อยละ 90
ตัวชี้วัดที่ 1.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 12
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 14
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 16
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 18
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 20
ตัวชี้วัดที่ 1.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 50
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 60
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 70
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 80
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 90
ตัวชี้วัดที่ 1.4 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 65	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 45
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 50
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 55
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 60
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 65

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					
				2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		ร้อยละ	92.97	94.30	97.11	97.04		
	เด็ก 0- 5 ปี ได้รับการคัดกรองด้วยพัฒนาการด้วยDSPM		ร้อยละ	79.15	70.19	87.11	91.76		
	เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า		ร้อยละ	22.81	23.14	22.62	27.36		
	เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน		ร้อยละ	68.54	76.20	89.28	90.27		
	เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้า กระตุ้นภายใน 1 เดือนไม่ผ่านด้วย DSPM ส่งต่อกระตุ้นด้วย TEDA4I		ร้อยละ	-	20	48.89	81.36		
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563									
อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	ติดตามได้	ร้อยละ	สมวัย	ร้อยละ
เมือง	4,330	3,963	91.52	970	24.48	813	84.78	3,801	96.08
ท่าบ่อ	2,518	2,337	92.81	698	29.87	591	85.78	2,216	94.92
โพนพิสัย	3,504	3,407	97.23	1,046	30.7	1,027	99.23	3,382	98.99
ศรีเชียงใหม่	860	752	87.44	217	28.86	204	94.44	732	96.69
สังคม	960	852	88.75	235	27.58	202	85.96	819	96.25
สระใคร	1,021	893	87.46	198	22.17	159	81.12	853	95.67
เผ่าไร่	1,974	1,704	86.32	443	26	422	95.48	1,683	98.84
รัตนวาปี	1,418	1,295	91.33	336	25.95	309	92.24	1,268	98
โพธิ์ตาก	520	493	94.81	148	30.02	133	91.1	478	97.1
รวม	17,105	15,696	91.76	4291	27.36	3860	90.27	15,232	97.04
HDC:31/8/2563									
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.ธารนา ธงชัย					โทร. 08 9618 3727			
	น.ส.ชนิษฐา นาหนองตูม					โทร. 08 8572 1632			
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย					โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			

ตัวชี้วัด 17/14/9	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วน/เตี้ย/ผอม ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด																																			
หน่วยวัด	ร้อยละ																																			
น้ำหนัก	ร้อยละ																																			
คำอธิบาย	เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ภาวะอ้วน (เริ่มอ้วนและอ้วน) หมายถึง น้ำหนักของเด็กมากกว่ามาตรฐานที่มีส่วนสูงเดียวกัน เมื่อเทียบเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2558 (มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ.2006) มีค่ามากกว่า + 2 SD หรือมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนรวมกัน ภาวะเตี้ย หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงของเด็กน้อยกว่ามาตรฐานเมื่อเทียบเกณฑ์ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2558 (มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ.2006) มีค่าน้อยกว่า - 2 SD ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กน้อยกว่ามาตรฐานที่มีส่วนสูงเดียวกันเมื่อเทียบเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2558 (มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ค.ศ.2006) มีค่าน้อยกว่า - 2 SD แนวทางการดำเนินงาน 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>- สนับสนุนการดำเนินงานโภชนาการในพื้นที่</td><td>- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก</td><td>- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก</td><td>- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก</td></tr><tr><td>- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก</td><td>- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ</td><td>- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ</td><td>- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ</td></tr><tr><td>- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ</td><td>- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์</td><td>- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์</td><td>- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์</td></tr><tr><td>- ผลักดันให้ อปท. ดำเนินงานโดยใช้งบประมาณกองทุนตำบล</td><td>- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก</td><td>- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก</td><td>- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก</td></tr><tr><td>- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์</td><td>- โรงเรียนอนุบาล</td><td>- โรงเรียนอนุบาล</td><td>- โรงเรียนอนุบาล</td></tr><tr><td>- ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการเด็กในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก</td><td>- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ</td><td>- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ</td><td>- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ</td></tr><tr><td>โรงเรียนอนุบาล</td><td>ส่งออกข้อมูลตาม</td><td>ส่งออกข้อมูลตาม</td><td>ส่งออกข้อมูลตาม</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	- สนับสนุนการดำเนินงานโภชนาการในพื้นที่	- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก	- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก	- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก	- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก	- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ	- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ	- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ	- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ	- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์	- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์	- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์	- ผลักดันให้ อปท. ดำเนินงานโดยใช้งบประมาณกองทุนตำบล	- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก	- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก	- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก	- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์	- โรงเรียนอนุบาล	- โรงเรียนอนุบาล	- โรงเรียนอนุบาล	- ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการเด็กในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก	- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ	- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ	- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ	โรงเรียนอนุบาล	ส่งออกข้อมูลตาม	ส่งออกข้อมูลตาม	ส่งออกข้อมูลตาม
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																	
- สนับสนุนการดำเนินงานโภชนาการในพื้นที่	- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก	- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก	- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก																																	
- จัดบริการโรงเรียนพ่อแม่ในหน่วยบริการครอบครัว ชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็ก	- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ	- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ	- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ																																	
- ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ระดับ คปสอ./หน่วยบริการ	- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์	- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์	- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์																																	
- ผลักดันให้ อปท. ดำเนินงานโดยใช้งบประมาณกองทุนตำบล	- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก	- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก	- ชั่งน้ำหนัก/วัด ส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก																																	
- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์	- โรงเรียนอนุบาล	- โรงเรียนอนุบาล	- โรงเรียนอนุบาล																																	
- ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการเด็กในคลินิกเด็กดี หมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็ก	- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ	- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ	- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และ																																	
โรงเรียนอนุบาล	ส่งออกข้อมูลตาม	ส่งออกข้อมูลตาม	ส่งออกข้อมูลตาม																																	

	- นำข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็กบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม - เด็กที่มีภาวะอ้วนเตี้ย ผอม เกินเกณฑ์ได้รับการแก้ไข	โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม - เด็กที่มีภาวะอ้วนเตี้ย ผอม เกินเกณฑ์ได้รับการแก้ไข	โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม - เด็กที่มีภาวะอ้วนเตี้ย ผอม เกินเกณฑ์ได้รับการแก้ไข	โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม - เด็กที่มีภาวะอ้วนเตี้ย ผอม เกินเกณฑ์ได้รับการแก้ไข
เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วน	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10
	2. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10
	3. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอม	ไม่เกินร้อยละ 5	ไม่เกินร้อยละ 5	ไม่เกินร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ครอบคลุมทุกไตรมาส - การสำรวจทุก ๆ 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 - สำรวจภาวะการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกๆ 3 ปี			
ทุกระดับ				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน			
	A2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย			
	A3 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนเด็กที่ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ทั้งหมด			
	B2 = จำนวนเด็กที่วัดส่วนสูง/เกณฑ์อายุ ทั้งหมด			
	B3 = จำนวนเด็กที่ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	1. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน = $(A1 \times 100) / B1$ 2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย = $(A2 \times 100) / B2$ 3. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม = $(A3 \times 100) / B3$			

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 14						
	2	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 13						
	3	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 12						
	4	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 11						
	5	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 10						
	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 14						
	2	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 13						
	3	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 12						
	4	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 11						
	5	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 10						
	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 9						
	2	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 8						
	3	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 7						
	4	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 6						
	5	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 5						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2561	2562	2563		
	1. เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะอ้วน		ไม่เกินร้อยละ 10	11.36	14.40	8.92		
	2. เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย		ไม่เกินร้อยละ 10	10.07	11.19	5.20		
	3. เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะผอม		ไม่เกินร้อยละ 5	6.64	6.62	3.72		
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 แยกรายอำเภอ							
	อำเภอ	ชั่ง/วัด	อ้วน	ร้อยละ	เตี้ย	ร้อยละ	ผอม	ร้อยละ
	เมือง	5,624	272	4.84	173	3.08	148	2.63
	ท่าบ่อ	2,969	235	7.92	211	7.11	89	3
	โพนพิสัย	2,464	262	10.63	245	9.94	116	4.71
	ศรีเชียงใหม่	884	47	5.32	27	3.05	35	3.96
	สังคม	2,029	172	8.48	212	10.45	138	6.8
สระใคร	314	26	8.28	15	4.78	22	7.01	
เผ่าไร่	1,533	57	3.72	56	3.65	40	2.61	
รัตนวาปี	770	26	3.38	40	5.19	13	1.69	
โพธิ์ตาก	269	14	5.2	24	8.92	10	3.72	
รวม	16,856	1111	5.20	1003	8.92	611	3.72	
HDC : 31/8/63								

HDC : 31/8/63

เอกสารอ้างอิง	- ฐานข้อมูล 43แฟ้ม HDC/Cockpit - มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน - สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข การดำเนินงานตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต	
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร 08 1977 8442
	น.ส.ธารณา ชงชัย	โทร. 08 9618 3727
	น.ส.ชนิษฐา นานองตุม	โทร. 08 8572 1632
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 18/15/10	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 1) 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 ร้อยละ 50 ระดับ รพ.สต. : ผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้ง 5 ข้อ
วิธีการประเมิน	1.สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2.คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยิ่งแจ้ว 3.คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4.พิจารณาจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) 5.คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน 6.Application Health For You (H4U)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564

ระดับ	ระดับจังหวัด/คปสอ.							
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์							
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน							
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ $= \frac{A}{B} \times 100$ หมายเหตุ: จำนวนผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด							
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/ คปสอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			35	45		
	2	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			40	50		
	3	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			45	55		
	4	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			50	60		
	5	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			55	65		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
			2560	2561	2562	2563		
			ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	27.8 (จากการประเมิน แผนผู้สูงอายุ แห่งชาติ)	54.4 (จากการ สำรวจของ กรมอนามัย)	52 (จากการสำรวจ ของกรมอนามัย)	71.91 (จากแบบประเมิน คัดกรองพฤติกรรมที่ พึงประสงค์ 17 มิย. 63)
ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จังหวัดหนองคาย ปี 2563								
อำเภอ	ประชากร	คัดกรอง	1. ออกกำลังกาย	2. กินผัก ผลไม้ประจำ	3. ดื่มน้ำ วันละ 8 แก้ว	4. ไม่สูบบุหรี่	5. ไม่ดื่ม สุรา	ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ
เมือง	21,065	21,027 (99.69)	17,267 (82.12)	19,368 (92.11)	19,178 (91.21)	19,462 (92.56)	19,512 (92.79)	15,312 (72.69)
ท่าบ่อ	11,224	10,755 (95.82)	9,520 (80.55)	10,149 (94.38)	10,078 (95.01)	10,084 (93.74)	9,607 (89.92)	7,656 (71.18)
โพนพิสัย	11,591	11,544 (99.59)	9,613 (83.27)	11,318 (98.04)	11,244 (97.40)	10,237 (88.68)	10,249 (88.78)	7,994 (69.25)
ศรีเชียงใหม่	4,118	4,118 (100)	3,530 (85.72)	4,097 (99.49)	4,110 (99.81)	4,035 (97.98)	3,856 (93.64)	2,375 (57.67)
สังคม	2,757	2,328 (84.44)	1,897 (81.49)	2,057 (88.36)	2,073 (89.05)	2,157 (92.65)	2,136 (91.75)	1,763 (75.73)
สระใคร	2,965	2,851 (96.15)	2,199 (74.17)	2,608 (87.99)	2,800 (94.47)	2,152 (72.61)	2,393 (80.74)	2,074 (69.97)
เฝ้าไร่	6,100	6,100 (100)	5,605 (91.89)	5,935 (91.30)	5,951 (91.56)	5,559 (91.13)	5,857 (96.02)	4,743 (77.75)
รัตนวาปี	5,015	5,015 (100)	2,993 (59.68)	4,439 (88.51)	4,448 (88.69)	4,056 (80.88)	4,039 (80.54)	3,751 (74.80)
โพธิ์ตาก	2,109	1,936 (91.79)	1,563 (80.73)	1,719 (88.79)	1,682 (86.88)	1,647 (85.07)	1,612 (83.26)	1,561 (80.63)
รวม	66,944	65,674 (98.10)	54,187 (82.51)	61,690 (93.93)	61,564 (93.74)	59,389 (90.43)	59,261 (90.23)	47,229 (71.91)

เอกสารอ้างอิง	1.สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2.คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยิ่งแจ้ว 3.คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4.คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	
ผู้รับผิดชอบ	นายกงเพชร ขุนเขียว	โทร. 081-9752021
	งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

แบบประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

อำเภอ	ประชากร	คัดกรอง	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ					ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ
			ข้อ1 ออกกำลังกาย	ข้อ2 กินผัก ผลไม้ประจำ	ข้อ3 ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว	ข้อ4 ไม่สูบบุหรี่	ข้อ5 ไม่ดื่มสุรา	
เมือง								
ท่าบ่อ								
โพนพิสัย								
ศรีเชียงใหม่								
สังคม								
สระใคร								
เผ่าไร่								
รัตนวาปี								
โพธิ์ตาก								
รวม								

แบบประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระดับอำเภอ

ตำบล	ประชากร	คัดกรอง	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ					ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ
			ข้อ1 ออกกำลังกาย	ข้อ2 กินผัก ผลไม้ประจำ	ข้อ3 ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว	ข้อ4 ไม่สูบบุหรี่	ข้อ5 ไม่ดื่มสุรา	
ตำบล 1								
ตำบล 2								
ตำบล 3								
ตำบล 4								
ตำบล 5								
ตำบล 6								
รวมอำเภอ								

ตัวชี้วัดที่ 18/15/10	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน “ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” เพื่อขับเคลื่อนแบบบูรณาการให้ตำบลมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผ่านเกณฑ์ 2. เกณฑ์ที่กำหนด(ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) หมายถึงเกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(LTC)ในชุมชน ครอบคลุมประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 2.1 มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ในปีงบประมาณ 2561 2.2 มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ในปีงบประมาณ 2561 2.3 มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2.4 มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.5 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 2.6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 2.7 มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบลและอปท.ที่เข้าร่วมดำเนินการให้มีการเฝ้าระวังงบประมาณจากกองทุนฯไปที่หน่วยจัดบริการ 3. ระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว หมายถึง ทุกหน่วยบริการมีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่กำหนด 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว 1.1 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 เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต(TAI: I 2,1) กลุ่มที่ 2 การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) สุขภาพช่องปาก 4) สุขภาวะทางตา(ต้อกระจก) 5) ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ 3 การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ 1) สมรรถภาพสมอง (MMSE)) 2) ภาวะซึมเศร้า 3) ข้อเข่าเสื่อม 4) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม กลุ่มที่ 4 การคัดกรองภาวะโภชนาการ(รอบเอว) หมายเหตุ 1) มีข้อมูลจำนวนประชากรทุกกลุ่มวัยในพื้นที่และจำนวนผู้สูงอายุ 2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุรายบุคคล และรายกลุ่ม 3) มาตรการ / โครงการ / กิจกรรม ในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม 4. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์เทศบาลฯ มีการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ระดับตำบล หรือระดับชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ และบันทึกผลการประเมินชมรมในโปรแกรมหน้า web สสจ.หนองคาย ที่ http://203.157.92.5/miss_nk/ 4.1 เกณฑ์การให้คะแนน มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 5 หมวด <table border="1"> <tr> <td>1) หมวดข้อมูลทั่วไป</td><td>คะแนนเต็ม</td><td>15 คะแนน</td></tr> <tr> <td>2) หมวดกรรมการ</td><td>คะแนนเต็ม</td><td>10 คะแนน</td></tr> <tr> <td>3) หมวดกฎ กติกา</td><td>คะแนนเต็ม</td><td>10 คะแนน</td></tr> <tr> <td>4) หมวดการระดมทุน</td><td>คะแนนเต็ม</td><td>20 คะแนน</td></tr> <tr> <td>5) หมวดกิจกรรม</td><td>คะแนนเต็ม</td><td>45 คะแนน</td></tr> <tr> <td colspan="2">คะแนนรวมทั้ง 5 หมวด</td><td>100 คะแนน</td></tr> </table> 4.2 เกณฑ์ในการตัดสินเพื่อประเมินรับรองมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ <table border="1"> <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> 5. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 6. 12 วัน จากกรมอนามัย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง 7. เกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 7 องค์ประกอบ	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																																

องค์ประกอบ	รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกประเด็น 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)	40ขึ้นไป=5 35-39=4 30-34=3 25-29=2 20-24=1	80ขึ้นไป=5 75-79=4 60-74=3 55-59=2 45-49=1
	สรุปคะแนนองค์ประกอบที่ 1 1) ต่ำกว่า 50 คะแนน ระดับพื้นฐาน 2) 51-60 คะแนน ระดับพัฒนา 3) 61-70 คะแนน ระดับดี 4) 71-80 คะแนน ระดับดีมาก 5) 80 คะแนนขึ้นไป ระดับดีเยี่ยม		
2	มีชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 2.1 มีการพัฒนาชมรมและประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล/บันทึกผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมผู้สูงอายุ (http://203.157.92.5/miss_nk/) 2.2 มีการพัฒนา/ประเมินชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และบันทึกผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมผู้สูงอายุ ครอบคลุม ผู้สูงอายุระดับ ตำบลหรือหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 2.3 กลุ่ม pre-aging สมัครงเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	ต้องผ่านทั้ง 3 ข้อ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 60 ระดับดี ≥ 2 ชมรม ร้อยละ 15	ต้องผ่านทั้ง 3 ข้อ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 70 ระดับดีมาก ≥ 1 ชมรม ร้อยละ 20
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

	องค์ประกอบ	รายละเอียดเกณฑ์องค์ประกอบ	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	6	มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ครอบคลุม และกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการโอนงบประมาณให้กับหน่วยจัดบริการ	50	80	
	7	7.1 มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล 7.2 อปท.ที่เข้าร่วมดำเนินการฯ มีการโอนงบประมาณจากกองทุนฯ ไปที่หน่วยจัดบริการ	มี/ไม่มี โอน/ไม่โอน	มี/ไม่มี โอน/ไม่โอน	
กลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดหนองคาย 2) ตำบลทุกตำบล (จำนวน 62 ตำบล) ใน 9 อำเภอของจังหวัดหนองคาย				
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care :LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 92 ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 ข้อ				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ Vision 2020 /โปรแกรมชมรมผู้สูงอายุ/ประเมิน/สำรวจ/				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564				
ระดับจังหวัด/คปสอ.					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ทุกองค์ประกอบ				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตำบลทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	25	70	
	2	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	30	75	
	3	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	35	80	
	4	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	40	85	
	5	ตำบล Long Term Care ร้อยละ	45	92	
ระดับ รพ.สต.					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 ข้อ			
	2	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 ข้อ			
	3	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ข้อ			
	4	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 ข้อ			
	5	ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 7 ข้อ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	69.35	75.81	91.04

	ผลการดำเนินงานร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care:LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ครบ 7 องค์ประกอบ (ที่มีการโอนเงินแล้ว) ปีงบประมาณ 2563							
	ลำดับ	อำเภอ/คปสอ.	เป้าหมาย(แห่ง)	ผลงานที่มีการโอนเงิน (แห่ง)	ร้อยละ			
	1	หนองคาย	16	15	93.75			
	2	ท่าบ่อ	12	12	100.00			
	3	โพนพิสัย	12	9	75.00			
	4	ศรีเชียงใหม่	5	4	80.00			
	5	สังคม	6	6	100.00			
	6	สระใคร	3	3	100.00			
	7	เผ่าไร่	5	5	100.00			
	8	รัตนวาปี	5	5	100.00			
	9	โพธิ์ตาก	3	1	66.67			
	รวม		67	61	91.04			
	ร้อยละ อบท.ที่เข้าร่วมดำเนินการที่มีการโอนงบประมาณจากกองทุนฯไปที่หน่วยจัดบริการ ปี 2559-2563							
	ที่	อำเภอ	พื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการ ปี 2559-2563			ผลรวมทั้งหมด	หมายเหตุ (พื้นที่ที่ยังไม่มีการโอน)	
			มีการโอน (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มีการโอน (แห่ง)			ร้อยละ
	1	เมือง	15	93.75	1	6.25	16	1.ทต.กวนวัน
	2	ท่าบ่อ	12	100	0	0	12	-
	3	โพนพิสัย	9	75.00	3	25.00	12	1.อบต.ทุ่งหลวง 2.ทต.สร้างนางขาว 3.อบต.เหล่าต่างคำ
	4	ศรีเชียงใหม่	4	80.00	1	20.00	5	1.อบต.พานพร้าว
	5	สังคม	6	100	0	0	6	-
	6	สระใคร	3	100	0	0	3	-
	7	เผ่าไร่	5	100	0	0	5	-
	8	รัตนวาปี	5	100	0	0	5	-
	9	โพธิ์ตาก	2	66.67	1	33.33	3	1.อบต.โพธิ์ทอง
		รวมทั้งหมด	61	91.04	6	8.96	67	-
	ที่มา:ข้อมูลจาก สปสช. เขต 8 อุดรธานี ประจำเดือน สิงหาคม 2563							
เอกสารอ้างอิง	1) คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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			

ตัวชี้วัดที่ 18/15/10	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ				
	3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน(ADL 5-11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง(ADL 0-4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน ในจังหวัดหนองคาย				
เป้าหมาย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 85				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม LTC รายงานประจำเดือนกรมอนามัย /ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564				
ทุกระดับ					
รายการข้อมูล 1	A : คือผู้สูงอายุพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan				
รายการข้อมูล 2	B : คือจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด/ - คปสอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	Care Plan ร้อยละ	25	45	
	2	Care Plan ร้อยละ	30	55	
	3	Care Plan ร้อยละ	35	65	
	4	Care Plan ร้อยละ	40	75	
	5	Care Plan ร้อยละ	45	85	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2561	2562
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan		ร้อยละ	78.80	84.14
				2563	80.06

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	736	609	82.74
	2	ท่าบ่อ	530	487	91.89
	3	โพนพิสัย	997	793	79.54
	4	ศรีเชียงใหม่	287	281	97.91
	5	สังคม	817	502	61.44
	6	สระใคร	127	97	76.38
	7	เผ่าไร่	154	121	78.57
	8	รัตนวาปี	162	159	98.15
	9	โพธิ์ตาก	76	62	81.58
		รวม	3,886	3,111	80.06
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม 3 C กรมอนามัย				
ผู้รับผิดชอบ	นายกงเพชร ขุนเขียว			โทร.0819752021	
	วัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 123	

ตัวชี้วัดที่ 19/16/-	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ														
หน่วยวัด	ขั้นตอน														
น้ำหนัก	ร้อยละ														
คำอธิบาย	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชน เป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE (รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง) อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2564 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 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564			
ระดับจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน รอบที่ 2 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	5 อำเภอ	2 อำเภอ
	2	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	6 อำเภอ	3 อำเภอ
	3	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	7 อำเภอ	4 อำเภอ
	4	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	8 อำเภอ	5 อำเภอ
	5	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	9 อำเภอ	6 อำเภอ
ระดับ คปสอ.				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน			
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
			รอบ 1	รอบ 2
	1	- มีการสรรหาแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ 8:6:7 อย่างโปร่งใสเป็นธรรม - มีวาระการประชุมคณะกรรมการ พชอ.	1	1
	2	- มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น - มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ รองรับการจัดการประเด็น	3	2
	3	- มีการดำเนินการการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีสวนรวมของทุกภาคส่วน - มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เขาสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยใช้ UCCARE คืบขอมูลการประเมินตนเองในวาระ	5	3
	4	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		4
	5	ผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น (ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด)		5

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ		จำนวน	9	9	9
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	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 นายอุไรรัตน์ ศรีสม นายกรวิษฐ์ ชัยวัชระ			โทร. (มือถือ) 08-9571-1175		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 923 ต่อ 120		

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

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

ตัวชี้วัดที่ 20/17/11	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน หมายถึง ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์ 1.เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2.ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน มีคุณภาพชีวิต บทบาทหน้าที่ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน 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.เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการ ส่งต่อผู้ป่วย 8.เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 75 (เฉลี่ย อสม.1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน)
เป้าหมาย	รอบที่ 1 : ร้อยละ 100 รอบที่ 2 : ร้อยละ 75
วิธีการประเมิน	ฐานข้อมูล thaiphc.net
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2564
ทุกระดับ	รอบที่ 1
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน อสม.กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
ระดับจังหวัด	1	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 60				
	2	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 70				
	3	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 80				
	4	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 90				
	5	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 100				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต. รอบที่ 1	1	มีการชี้แจงนโยบาย และมีวิทยากรครู ข ระดับอำเภอ ได้รับการชี้แจงแนวทางและหลักสูตร อสม.เป็นหมอบริการบ้าน				
	2	มีแนวทางการพัฒนากลุ่มเป้าหมายเพื่อยกระดับ อสม.เป็นหมอบริการบ้าน เช่น แผนการจัดอบรม กลุ่มเป้าหมาย หลักสูตรการอบรม เป็นต้น				
	3	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 80				
	4	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 90				
	5	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 100				
ทุกระดับ	รอบที่ 2					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มCKD /LTC /NCD /และกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มCKD /LTC /NCD /และกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. ระดับ รพ.สต. รอบที่ 2	1	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มCKD /LTC /NCD /และกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 35				
	2	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มCKD /LTC /NCD /และกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 45				
	3	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มCKD /LTC /NCD /และกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 55				
	4	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มCKD /LTC /NCD /และกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 65				
	5	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มCKD /LTC /NCD /และกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 75				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี		ร้อยละ	2561	2562	2563
				NA	NA	2,196

	การพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ปี 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	เมืองหนองคาย	181	181	100
	2	ท่าบ่อ	106	106	100
	3	โพนพิสัย+พิสัยเวหา	159	159	100
	4	ศรีเชียงใหม่	43	43	100
	5	สังคม	36	36	100
	6	สระใคร	41	41	100
	7	เผ่าไร่	75	75	100
	8	รัตนวาปี	64	64	100
	9	โพธิ์ตาก	27	27	100
		รวม	732	732	100
	การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	เมืองหนองคาย	543	543	100
	2	ท่าบ่อ	318	318	100
	3	โพนพิสัย+พิสัยเวหา	477	477	100
	4	ศรีเชียงใหม่	129	129	100
	5	สังคม	108	108	100
	6	สระใคร	123	123	100
	7	เผ่าไร่	225	225	100
	8	รัตนวาปี	192	192	100
	9	โพธิ์ตาก	81	81	100
		รวม	2,196	2,196	100
เอกสารอ้างอิง	1.มีการชี้แจงนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ 2. จนท.รับการฝึกอบรม ครุ ข.อย่างน้อยอำเภอละ 2 คน 3.มีแผนงาน/โครงการ เป้าหมาย การอบรม อสม.หมอประจำบ้านตามโครงการ 4.ดำเนินการจัดการอบรมพัฒนา อสม.หมอประจำบ้านตามแผนงานโครงการ 5.มีการติดตาม ประเมิน ผลการอบรมพัฒนา อสม.หมอประจำบ้านตามโครงการ 6.ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามแบบ ประเมินการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย มีคุณภาพที่ดี ร้อยละ 75				
ผู้รับผิดชอบ	1.นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน			โทร. 081 – 9547617	
	2.นางสาวสุพาภรณ์ คะนองเดช นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ			โทร. 085 - 5363597	
	งาน สุขภาพภาคประชาชนกลุ่มงาน กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 120	

ตัวชี้วัดที่ 21/18/-	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด												
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : ขึ้นตอน												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 9 แห่ง การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้ ด้านกระบวนการ 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวดที่ดำเนินการไปแล้ว <table border="1"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th><th>ภาคบังคับ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td><td>หมวด 1, หมวด 5</td></tr> <tr> <td>2562</td><td>หมวด 2, หมวด 4</td></tr> <tr> <td>2563</td><td>หมวด 3, หมวด 6</td></tr> <tr> <td>2564</td><td>หมวด 1-6</td></tr> <tr> <td>2565</td><td>หมวด 1-6</td></tr> </tbody> </table> 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ที่ได้จากการ ประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ 5. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ให้ความสำคัญสอดคล้องกับ OFI (Opportunity for Improvement) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) 6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรของส่วนราชการ 7. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลา ที่กำหนด 8. ตรวจสอบประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 2 รอบ	พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1, หมวด 5	2562	หมวด 2, หมวด 4	2563	หมวด 3, หมวด 6	2564	หมวด 1-6	2565	หมวด 1-6
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
2561	หมวด 1, หมวด 5												
2562	หมวด 2, หมวด 4												
2563	หมวด 3, หมวด 6												
2564	หมวด 1-6												
2565	หมวด 1-6												

	ด้านผลลัพธ์ 9. ตัวชี้วัดภาคบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด และ ตัวชี้วัดที่ส่วนราชการกำหนดขึ้นเอง หมวดละ 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตัวชี้วัดภาคบังคับและที่ส่วนราชการกำหนดเอง มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3 (รอบที่ 1) และระดับคะแนน 5 (รอบที่ 2) ผลงานภาพรวมผ่านระดับดีขึ้นไป เกณฑ์การจัดระดับคะแนน ดังนี้ - คะแนน < 60

รายละเอียดพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานขั้นตอน 1-5		
				ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามระดับคะแนนที่ 1-5)		ร้อยละ 90	-		
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		1 แห่ง	100	100	100	
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		9 แห่ง	79	55.55	88.88	

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562-2563						
ลำดับ	หน่วยงาน	คะแนนเดิม	ปี 2562		ปี 2563	
			ผลคะแนน	ระดับ	ผลคะแนน	ระดับ
1	สสอ.เมืองหนองคาย	100	92.00	ดีมาก		
2	สสอ.ท่าบ่อ	100	87.00	ดีมาก		
3	สสอ.โพนพิสัย	100	82.00	ดีมาก		
4	สสอ.ศรีเชียงใหม่	100	87.00	ดีมาก		
5	สสอ.สังคม	100	90.00	ดีมาก		
6	สสอ.สระใคร	100	91.50	ดีมาก		
7	สสอ.เผ้าไร่	100	72.00	ปานกลาง		
9	สสอ.รัตนวาปี	100	44.50	ปรับปรุง		
10	สสอ.โพธิ์ตาก	100	47.00	ปรับปรุง		
	จังหวัดหนองคาย	9 อำเภอ	ระดับดีขึ้นไป	9 อำเภอ		

เอกสารอ้างอิง	1.เอกสารการจัดทำการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวดลักษณะสำคัญขององค์การ, หมวด 1- หมวด 6 และผลลัพธ์ตาม KPI ภาคบังคับและส่วนราชการกำหนดเอง (หมวด 7) 2. แผนพัฒนางานองค์การ หมวด 1- หมวด 6 3.สรุปผลการประเมินตนเอง (SAR-PMQA) 4 ผลลัพธ์ จากระบบรายงาน PMQA http://pmqa.moph.go.th/moph-pmqa/frontend/web/index.php	

ผู้รับผิดชอบ	นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร 08-8571-3729
	นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์	โทร 09-9576-0280
	นายสมพร เจือจันทิก	โทร 08-8571-1175
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร 0 4242 2923 ต่อ 120

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คปสอ.

ด้านกระบวนการ																																																				
ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																																																			
1	ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การได้ครบถ้วน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด																																																			
	<table><tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0.20 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.60 คะแนน</td><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr></table>					เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม																																
เกณฑ์การให้คะแนน																																																				
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน																																																
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม																																																
	เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (Interval)																																																			
2	ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด																																																			
	<table><tr><th rowspan="2">หมวด</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.10 คะแนน</th><th>0.20 คะแนน</th><th>0.30 คะแนน</th><th>0.40 คะแนน</th><th>0.50 คะแนน</th></tr><tr><td>หมวด 1</td><td>3 คำถาม</td><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td></tr><tr><td>หมวด 2</td><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr><tr><td>หมวด 3</td><td>2 คำถาม</td><td>4 คำถาม</td><td>6 คำถาม</td><td>8 คำถาม</td><td>10 คำถาม</td></tr><tr><td>หมวด 4</td><td>6 คำถาม</td><td>8 คำถาม</td><td>10 คำถาม</td><td>12 คำถาม</td><td>14 คำถาม</td></tr><tr><td>หมวด 5</td><td>6 คำถาม</td><td>8 คำถาม</td><td>10 คำถาม</td><td>12 คำถาม</td><td>14 คำถาม</td></tr><tr><td>หมวด 6</td><td>2 คำถาม</td><td>4 คำถาม</td><td>6 คำถาม</td><td>8 คำถาม</td><td>10 คำถาม</td></tr></table>					หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน					0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน	หมวด 1	3 คำถาม	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	หมวด 2	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม	หมวด 3	2 คำถาม	4 คำถาม	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	หมวด 4	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	12 คำถาม	14 คำถาม	หมวด 5	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	12 คำถาม	14 คำถาม	หมวด 6	2 คำถาม	4 คำถาม	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม
หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน																																																			
	0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน																																															
หมวด 1	3 คำถาม	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม																																															
หมวด 2	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม																																															
หมวด 3	2 คำถาม	4 คำถาม	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม																																															
หมวด 4	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	12 คำถาม	14 คำถาม																																															
หมวด 5	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม	12 คำถาม	14 คำถาม																																															
หมวด 6	2 คำถาม	4 คำถาม	6 คำถาม	8 คำถาม	10 คำถาม																																															
	เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (Interval)																																																			
3	ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด																																																			
	<table><tr><th rowspan="2">ปี พ.ศ.</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>1 คะแนน</th><th>2 คะแนน</th></tr><tr><td>2564</td><td>มีแผน 3 หมวด</td><td>มีแผน 6 หมวด</td></tr></table>					ปี พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		1 คะแนน	2 คะแนน	2564	มีแผน 3 หมวด	มีแผน 6 หมวด																																							
ปี พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																																																			
	1 คะแนน	2 คะแนน																																																		
2564	มีแผน 3 หมวด	มีแผน 6 หมวด																																																		
4	จัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้																																																			
	<table><tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.10 คะแนน</th><th>0.20 คะแนน</th><th>0.30 คะแนน</th><th>0.40 คะแนน</th><th>0.50 คะแนน</th></tr><tr><td>หมวด 1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>หมวด 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>หมวด 3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>หมวด 4</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>หมวด 5</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>หมวด 6</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>					ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน					0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน	หมวด 1	1	2	3	4	5	หมวด 2	1	2	3	4	5	หมวด 3	1	2	3	4	5	หมวด 4	1	2	3	4	5	หมวด 5	1	2	3	4	5	หมวด 6	1	2	3	4	5
ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน																																																			
	0.10 คะแนน	0.20 คะแนน	0.30 คะแนน	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน																																															
หมวด 1	1	2	3	4	5																																															
หมวด 2	1	2	3	4	5																																															
หมวด 3	1	2	3	4	5																																															
หมวด 4	1	2	3	4	5																																															
หมวด 5	1	2	3	4	5																																															
หมวด 6	1	2	3	4	5																																															
	ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด																																																			
	เกณฑ์การให้คะแนน +/- 1 ตัวชี้วัด ต่อ 0.10 คะแนน (interval)																																																			

5	ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด		
	ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน	
		-0.2 คะแนน	1 คะแนน
	รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 30 ม.ค.64	ส่งภายในวันที่ 30 ม.ค.64
	รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 เม.ย.64	ส่งภายในวันที่ 2 เม.ย.64
	รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 2 ก.ค.64	ส่งภายในวันที่ 2 ก.ค.64
	รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย.64	ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.64
ด้านผลลัพธ์			
5.1	ตัวชี้วัดภาคบังคับและตัวชี้วัดที่หน่วยงานจัดทำขึ้นเอง		
		ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้ (100)
		1	< 60
		2	60.00-60.99
		3	70.00-70.99
		4	80.00-80.99
		5	90.00 ขึ้นไป

สรุปตารางการให้คะแนน

ลำดับ	รายการ	คะแนนเต็ม	ผลงาน	ร้อยละ
1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม	1		
2	ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด	3		
3	ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด	2		
4	จัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้	3		
5	ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด	1		
5.1	ผลลัพธ์ตัวชี้วัดภาคบังคับและตัวชี้วัดที่หน่วยงานจัดทำขึ้นเอง	5		
รวมทั้งหมด		15		

รอบที่ 1 ดำเนินการลำดับ 1-5 คะแนนเต็ม 10 คะแนน

รอบที่ 2 ดำเนินการลำดับ 1-5.1 คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 22/19/12	ร้อยละหน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ทุกระดับ องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขทุกระดับ มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข คุณภาพขององค์กรแห่งความสุข ด้วย Happy Public Organization Index (HPI) ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน 5 หมวด จำนวน 27 ข้อ ได้แก่ หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (Success) จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมวดที่ 2 การบริหาร (Administration) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน การจัดสวัสดิการบุคลากร การให้รางวัลยกย่องบุคลากร ความก้าวหน้าในอาชีพ และการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร ประกอบด้วย Body & Mind) จำนวน 9 ข้อ (การดูแลความสุขของครอบครัว การจัดการทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การประเมินสุขภาพของบุคลากร ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดการความเครียด ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร และการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (Atmosphere) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุข สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และความปลอดภัยในการทำงาน หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (Investment) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร การเรียนรู้ในองค์กร สนับสนุนทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข และกระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข เกณฑ์การประเมิน ช่วงคะแนน 0.00 - 48.99 หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ต้องปรับปรุง ช่วงคะแนน 49.00 – 56.99 หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ต้องเพิ่มความใส่ใจ ช่วงคะแนน 57.00-73.99 หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้กำลังพัฒนา ช่วงคะแนน 74.00-100.00 หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้น่าปลื้มที่สุด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย รพ./สสอ./รพ.สต.
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อย 3 หน่วยงาน ระดับ คปสอ. : มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อย 1 หน่วยงาน ระดับ รพ.สต. : หน่วยงานผ่านเกณฑ์องค์กรแห่งความสุข ระดับ น่าปลื้มที่สุด (74.00-100.00)
วิธีการประเมิน	แบบประเมินผลการดำเนินงาน, แผนการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข, แบบรายงาน Success Story หรือ Bright Spot มาตรฐาน Happy Public Organization Index (HPI)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564

ระดับจังหวัด	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 15					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน ระดับ นำปลื้มที่สุด (74.00-100.00)					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด					
สูตรคำนวณ						
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด / ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน ระดับ นำปลื้มที่สุด ร้อยละ 7				
	2	หน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน ระดับ นำปลื้มที่สุด ร้อยละ 9				
	3	หน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน ระดับ นำปลื้มที่สุด ร้อยละ 11				
	4	หน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน ระดับ นำปลื้มที่สุด ร้อยละ 13				
	5	หน่วยงานที่ผ่านมาตรฐาน ระดับ นำปลื้มที่สุด ร้อยละ 15				
ระดับ รพ.สต.	หน่วยงานผ่านเกณฑ์องค์กรแห่งความสุข ระดับ นำปลื้มที่สุด (74.00-100.00)					
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนประเมินตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุข					
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม 100					
สูตรคำนวณ	5 คะแนน					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีการประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุขด้วย HPI				
	2	องค์กรแห่งความสุขระดับ ต้องปรับปรุง (0.00 - 48.99คะแนน)				
	3	องค์กรแห่งความสุขระดับ ต้องเพิ่มความใส่ใจ(49.00 – 56.99คะแนน)				
	4	องค์กรแห่งความสุขระดับ กำลังพัฒนา (57-73.99 คะแนน)				
	5	องค์กรแห่งความสุขระดับ นำปลื้มที่สุด (74-100 คะแนน)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขคุณภาพมาตรฐาน		ร้อยละ	NA	NA	100 (92/92)
	ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ปี 2563					
	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	
		รวม	92	92	100	

เอกสารอ้างอิง	1) แผนพัฒนาความสุขของหน่วยงาน 2) สรุปกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 3) คณะทำงานทีมสร้างสุขในองค์กร 4) แบบประเมิน Happy Public Organization Index (HPI)	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	โทร.0 4242 923 ต่อ107
	2.นางสุปราณี พานารัตน์ นักทรัพยากรบุคคล	โทร. 095-6699329
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	โทร. 0 4242 923 ต่อ107
หัวหน้ากลุ่มงาน	นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	โทรศัพท์. : 095-6729645
	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	

**แบบการประเมินด้วยเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข
สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	จำนวนหน่วยงาน	ค่าคะแนนที่ได้
หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (ประกอบด้วย 2 ข้อ)		
1) องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม		
1.2 สำหรับ รพ.สต.		
1. ไม่เคยได้รับการประเมิน รพ.สต.ติดดาว (ระบุจำนวนหน่วยงาน)		0
2. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย 1 หมวด (ระบุจำนวนหน่วยงาน)		0
3. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย 2 หมวด (ระบุจำนวนหน่วยงาน)		0
4. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย 3 หมวด (ระบุจำนวนหน่วยงาน)		0
5. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ครบทุกหมวด (ระบุจำนวนหน่วยงาน)		0
รวมจำนวนหน่วยงาน	0	0
หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ		
1. ผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ 20 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 1.00 – 2.49		
2. ผู้รับบริการร้อยละ 21 – 40 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2.50 – 2.99		
3. ผู้รับบริการร้อยละ 41 – 60 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.00 – 3.50		
4. ผู้รับบริการร้อยละ 61 – 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.51 – 4.25		
5. ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4.26 – 5.00		
หมวดที่ 2 การบริหาร (ประกอบด้วย 5 ข้อ)		0
3) ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน		
1. ไม่มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน		
2. มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงานและเป็นที่ยอมรับ		
3. มีการดำเนินงานให้ผลตอบแทนการทำงานตามระบบและกลไกที่วางไว้		
4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน		
5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน		
4) ระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร		
1. ไม่มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร		
2. มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ		
3. มีการดำเนินงานให้สวัสดิการบุคลากรตามระบบและกลไกที่วางไว้		
4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร		
5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร		
5) ระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร		
1. ไม่มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร		
2. มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ		
3. มีการดำเนินงานให้รางวัลยกย่องบุคลากรตามระบบที่วางไว้		
4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร		
5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร		
6) ระบบและกลไกของความก้าวหน้าในอาชีพ		
1. ไม่มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ		
2. มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพและเป็นที่ยอมรับ		
3. มีการกำหนดเส้นทางในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	จำนวนหน่วยงาน	ค่าคะแนนที่ได้
4. มีการปฏิบัติและตรวจสอบให้บุคลากรก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตามเส้นทางพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ		
7) ระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร 1. ไม่มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 2. มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร		
หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (ประกอบด้วย 9 ข้อ)		0
8) การดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 2. มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 3. มีกิจกรรมการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 4. มีการประเมินแนวทางการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		
9) การจัดการบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 1. ไม่มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 2. มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 3. มีการปฏิบัติตามแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 4. มีการประเมินผลแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง พัฒนาแผนการปฏิบัติงานตามแนวทาง		
10) การประเมินสุขภาพของบุคลากร (ดัชนีมวลกาย/รอบเอว, สัดส่วนเอวต่อสะโพก, ผลการตรวจทางคลินิก, ผลการตรวจสุขภาพประจำปี) 1. ไม่มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร 2. มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร 3. มีรายงานการประเมินผลสุขภาพของบุคลากร 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของบุคลากร 5. มีแนวทางส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร		
11) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 2. มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 3. มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรประจำปี 4. มีการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากร 5. มีแนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร		
12) การจัดการความเครียดของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 2. มีแนวทางประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 3. มีกิจกรรมการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 4. มีการประเมินกิจกรรมการจัดการความเครียดของบุคลากร 5. มีแนวปรับปรุงและพัฒนาการจัดการความเครียดของบุคลากร		
13) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การตายที่มีสาเหตุจากการทำงาน 1. ไม่มีการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 2. มีแนวทางการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 3. มีรายงานอัตราการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 5. มีแนวทางป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	จำนวนหน่วยงาน	ค่าคะแนนที่ได้
14) การส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 2. มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 3. มีการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 4. มีการนำผลความพึงพอใจในการทำงานมาวิเคราะห์และวางแผนทาง การส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากร 5. มีการส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรเป็นรูปธรรม		
15) การส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 3. มีกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 5. มีแนวทางในการปรับปรุง/พัฒนาการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร		
16) การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 1. ไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 3. มีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 5. มีการปรับปรุงและพัฒนา กิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน		
หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (ประกอบด้วย 5 ข้อ)		0
17) ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง 1. ผู้นำสูงสุดไม่มีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร 2. ผู้นำสูงสุดมีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร 3. ผู้นำสูงสุดมีการสื่อสารนโยบายการสร้างสุขสู่บุคลากรทุกระดับ 4. ผู้นำสูงสุดมีบทบาท/แสดงออกอย่างชัดเจนต่อการสร้างสุขในองค์กร 5. ผู้นำสูงสุดพัฒนาแนวคิด/แนวทางการสร้างสุขในองค์กรอย่างต่อเนื่อง		
18) ผู้บริหารทุกระดับเป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีผู้บริหารที่เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 2. ผู้บริหารน้อยกว่าร้อยละ 25 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 3. ผู้บริหารร้อยละ 25 – 50 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 4. ผู้บริหารร้อยละ 51 – 75 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 5. ผู้บริหารมากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร		
19) บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 2. มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 3. มีกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 4. มีการประเมินกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนา กิจกรรมสร้างบรรยากาศ		
20) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 2. มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 3. มีการลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 4. มีการประเมินผลการสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		
21) ความปลอดภัยในการทำงาน 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 2. มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	จำนวนหน่วยงาน	ค่าคะแนนที่ได้
4. มีการประเมินผลการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัย 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		
หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (ประกอบด้วย 6 ข้อ)		0
22) การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข 1. ไม่มีคณะกรรมการกับนโยบายองค์กรสร้างสุข 2. มีคณะกรรมการกับนโยบายองค์กรสร้างสุข 3. คณะทำงานปฏิบัติตามนโยบายองค์กรสร้างสุข 4. มีการประเมินการทำงานของคณะทำงานกำกับนโยบายฯ 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุงพัฒนาการทำงาน		
23) การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 3. มีการสื่อสารตามแนวทางการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสื่อสารฯ		
24) การเรียนรู้ในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร 2. มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร 3. มีกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร 4. มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการเรียนรู้ในองค์กร		
25) การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 3. องค์กรสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร		
26) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข 1. ไม่มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 3. บุคลากรมีส่วนร่วมในการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนา/ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคลากร		
27) กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข 1. ไม่มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 3. มีกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินคุณภาพของกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระบวนการประเมิน		

**แบบการประเมินด้วยเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข
สำหรับ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน**

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (ประกอบด้วย 2 ข้อ)		0
1) องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม		
1.1 สำหรับ รพศ. รพท. รพช. 1. ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) 2. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บัณฑิตชั้นที่ 1 3. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บัณฑิตชั้นที่ 2 4. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บัณฑิตชั้นที่ 3 5. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บัณฑิตชั้นที่ 3 (reaccredit)		
2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 1. ผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ 20 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 1.00 – 2.49 2. ผู้รับบริการร้อยละ 21 – 40 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2.50 – 2.99 3. ผู้รับบริการร้อยละ 41 – 60 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.00 – 3.50 4. ผู้รับบริการร้อยละ 61 – 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.51 – 4.25 5. ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4.26 – 5.00		
หมวดที่ 2 การบริหาร (ประกอบด้วย 5 ข้อ)		0
3) ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน 1. ไม่มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน 2. มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงานและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการดำเนินงานให้ผลตอบแทนการทำงานตามระบบและกลไกที่วางไว้ 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน		
4) ระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร 1. ไม่มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร 2. มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการดำเนินงานให้สวัสดิการบุคลากรตามระบบและกลไกที่วางไว้ 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร		
5) ระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร 1. ไม่มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร 2. มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการดำเนินงานให้รางวัลยกย่องบุคลากรตามระบบที่วางไว้ 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร		
6) ระบบและกลไกของความก้าวหน้าในอาชีพ 1. ไม่มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ 2. มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการกำหนดเส้นทางในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ 4. มีการปฏิบัติและตรวจสอบให้บุคลากรก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตามเส้นทางพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
7) ระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร 1. ไม่มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 2. มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร		
หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (ประกอบด้วย 9 ข้อ)		0
8) การดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 2. มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 3. มีกิจกรรมการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 4. มีการประเมินแนวทางการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		
9) การจัดการบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 1. ไม่มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 2. มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 3. มีการปฏิบัติตามแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 4. มีการประเมินผลแนวทางช่วยเหลือบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง พัฒนาแผนการปฏิบัติงานตามแนวทาง		
10) การประเมินสุขภาพของบุคลากร (ดัชนีมวลกาย/รอบเอว, สัดส่วนเอวต่อสะโพก, ผลการตรวจทางคลินิก, ผลการตรวจสุขภาพประจำปี) 1. ไม่มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร 2. มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร 3. มีรายงานการประเมินผลสุขภาพของบุคลากร 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของบุคลากร 5. มีแนวทางส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร		
11) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 2. มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 3. มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรประจำปี 4. มีการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากร 5. มีแนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร		
12) การจัดการความเครียดของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 2. มีแนวทางประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 3. มีกิจกรรมการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 4. มีการประเมินกิจกรรมการจัดการความเครียดของบุคลากร 5. มีแนวปรับปรุงและพัฒนาการจัดการความเครียดของบุคลากร		
13) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การตายที่มีสาเหตุจากการทำงาน 1. ไม่มีการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 2. มีแนวทางการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 3. มีรายงานอัตราการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 5. มีแนวทางป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
14) การส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 2. มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 3. มีการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 4. มีการนำผลความพึงพอใจในการทำงานมาวิเคราะห์และวางแผนทาง การส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากร 5. มีการส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรเป็นรูปธรรม		
15) การส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 3. มีกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 5. มีแนวทางในการปรับปรุง/พัฒนาการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร		
16) การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 1. ไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 3. มีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 5. มีการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน		
หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (ประกอบด้วย 5 ข้อ)		0
17) ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง 1. ผู้นำสูงสุดไม่มีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร 2. ผู้นำสูงสุดมีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร 3. ผู้นำสูงสุดมีการสื่อสารนโยบายการสร้างสุขสู่บุคลากรทุกระดับ 4. ผู้นำสูงสุดมีบทบาท/แสดงออกอย่างชัดเจนต่อการสร้างสุขในองค์กร 5. ผู้นำสูงสุดพัฒนาแนวคิด/แนวทางการสร้างสุขในองค์กรอย่างต่อเนื่อง		
18) ผู้บริหารทุกระดับเป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีผู้บริหารที่เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 2. ผู้บริหารน้อยกว่าร้อยละ 25 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 3. ผู้บริหารร้อยละ 25 – 50 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 4. ผู้บริหารร้อยละ 51 – 75 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 5. ผู้บริหารมากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร		
19) บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 2. มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 3. มีกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 4. มีการประเมินกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนากิจกรรมสร้างบรรยากาศ		
20) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 2. มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 3. มีการลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 4. มีการประเมินผลการสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
21) ความปลอดภัยในการทำงาน 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 2. มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 4. มีการประเมินผลการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัย 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		
หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (ประกอบด้วย 6 ข้อ)		0
22) การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข 1. ไม่มีคณะกรรมการกำกับการนโยบายองค์กรสร้างสุข 2. มีคณะกรรมการกำกับการนโยบายองค์กรสร้างสุข 3. คณะทำงานปฏิบัติตามนโยบายองค์กรสร้างสุข 4. มีการประเมินการทำงานของคณะกรรมการกำกับการนโยบายฯ 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุงพัฒนาการทำงาน		
23) การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 3. มีการสื่อสารตามแนวทางการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสื่อสารฯ		
24) การเรียนรู้ในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร 2. มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร 3. มีกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร 4. มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการเรียนรู้ในองค์กร		
25) การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 3. องค์กรสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร		
26) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข 1. ไม่มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 3. บุคลากรมีส่วนร่วมในการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนา/ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคลากร		
27) กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข 1. ไม่มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 3. มีกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินคุณภาพของกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระบวนการประเมิน		

**แบบการประเมินด้วยเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข
สำหรับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ**

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กร แห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ ได้
หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (ประกอบด้วย 2 ข้อ)		0
1) องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม		
1.3 สำหรับกรมวิชาการ / สำนักงานเขตสุขภาพ / สสจ. และ สสอ. 1. ไม่เคยได้รับการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) 2. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) อย่างน้อย 2 หมวด 3. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) อย่างน้อย 4 หมวด 4. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) อย่างน้อย 6 หมวด 5. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) ครบทุกหมวด		
2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 1. ผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ 20 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 1.00 – 2.49 2. ผู้รับบริการร้อยละ 21 – 40 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2.50 – 2.99 3. ผู้รับบริการร้อยละ 41 – 60 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.00 – 3.50 4. ผู้รับบริการร้อยละ 61 – 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.51 – 4.25 5. ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4.26 – 5.00		
หมวดที่ 2 การบริหาร (ประกอบด้วย 5 ข้อ)		0
3) ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน 1. ไม่มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน 2. มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงานและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการดำเนินงานให้ผลตอบแทนการทำงานตามระบบและกลไกที่วางไว้ 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน		
4) ระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร 1. ไม่มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร 2. มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการดำเนินงานให้สวัสดิการบุคลากรตามระบบและกลไกที่วางไว้ 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร		
5) ระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร 1. ไม่มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร 2. มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการดำเนินงานให้รางวัลยกย่องบุคลากรตามระบบที่วางไว้ 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร		
6) ระบบและกลไกของความก้าวหน้าในอาชีพ 1. ไม่มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ 2. มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพและเป็นที่ยอมรับ 3. มีการกำหนดเส้นทางในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ 4. มีการปฏิบัติและตรวจสอบให้บุคลากรก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตามเส้นทางพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
7) ระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร 1. ไม่มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 2. มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร		
หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (ประกอบด้วย 9 ข้อ)		0
8) การดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 2. มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 3. มีกิจกรรมการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 4. มีการประเมินแนวทางการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		
9) การจัดการบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 1. ไม่มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 2. มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 3. มีการปฏิบัติตามแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ 4. มีการประเมินผลแนวทางช่วยเหลือบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง พัฒนาแผนการปฏิบัติงานตามแนวทาง		
10) การประเมินสุขภาพของบุคลากร (ดัชนีมวลกาย/รอบเอว, สัดส่วนเอวต่อสะโพก, ผลการตรวจทางคลินิก, ผลการตรวจสุขภาพประจำปี) 1. ไม่มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร 2. มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร 3. มีรายงานการประเมินผลสุขภาพของบุคลากร 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของบุคลากร 5. มีแนวทางส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร		
11) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 2. มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร 3. มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรประจำปี 4. มีการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากร 5. มีแนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร		
12) การจัดการความเครียดของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 2. มีแนวทางประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 3. มีกิจกรรมการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร 4. มีการประเมินกิจกรรมการจัดการความเครียดของบุคลากร 5. มีแนวปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมการจัดการความเครียดของบุคลากร		
13) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การตายที่มีสาเหตุจากการทำงาน 1. ไม่มีการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 2. มีแนวทางการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 3. มีรายงานอัตราการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน 5. มีแนวทางป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
14) การส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 2. มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 3. มีการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน 4. มีการนำผลความพึงพอใจในการทำงานมาวิเคราะห์และวางแผนทาง การส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากร 5. มีการส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรเป็นรูปธรรม		
15) การส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 3. มีกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร 5. มีแนวทางในการปรับปรุง/พัฒนาการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร		
16) การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 1. ไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 3. มีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน 5. มีการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน		
หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (ประกอบด้วย 5 ข้อ)		0
17) ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง 1. ผู้นำสูงสุดไม่มีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร 2. ผู้นำสูงสุดมีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร 3. ผู้นำสูงสุดมีการสื่อสารนโยบายการสร้างสุขสู่บุคลากรทุกระดับ 4. ผู้นำสูงสุดมีบทบาท/แสดงออกอย่างชัดเจนต่อการสร้างสุขในองค์กร 5. ผู้นำสูงสุดพัฒนาแนวคิด/แนวทางการสร้างสุขในองค์กรอย่างต่อเนื่อง		
18) ผู้บริหารทุกระดับเป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีผู้บริหารที่เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 2. ผู้บริหารน้อยกว่าร้อยละ 25 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 3. ผู้บริหารร้อยละ 25 – 50 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 4. ผู้บริหารร้อยละ 51 – 75 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร 5. ผู้บริหารมากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร		
19) บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 1. ไม่มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 2. มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 3. มีกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 4. มีการประเมินกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนากิจกรรมสร้างบรรยากาศ		
20) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 2. มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 3. มีการลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 4. มีการประเมินผลการสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		

หมวดการประเมินองค์กรแห่งความสุข	คะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขเป็นเลิศ	ค่าคะแนนที่ได้
21) ความปลอดภัยในการทำงาน 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 2. มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน 4. มีการประเมินผลการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัย 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม		
หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (ประกอบด้วย 6 ข้อ)		0
22) การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข 1. ไม่มีคณะกรรมการกำบนโยบายองค์กรสร้างสุข 2. มีคณะกรรมการกำบนโยบายองค์กรสร้างสุข 3. คณะทำงานปฏิบัติตามนโยบายองค์กรสร้างสุข 4. มีการประเมินการทำงานของคณะทำงานการกำบนโยบายฯ 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุงพัฒนาการทำงาน		
23) การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 3. มีการสื่อสารตามแนวทางการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสื่อสารฯ		
24) การเรียนรู้ในองค์กร 1. ไม่มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร 2. มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร 3. มีกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร 4. มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการเรียนรู้ในองค์กร		
25) การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 1. ไม่มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 3. องค์กรสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร		
26) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข 1. ไม่มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร 3. บุคลากรมีส่วนร่วมในการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนา/ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคลากร		
27) กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข 1. ไม่มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 2. มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 3. มีกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 4. มีการประเมินคุณภาพของกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระบวนการประเมิน		

องค์ประกอบที่ 3 Area Base

ตัวชี้วัดที่ 23/21/13	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคัง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รับประทานอาหารที่ไม่มีรสหวาน มัน เค็ม ตามนโยบาย นคร 3 อ. 2ส. และมีพฤติกรรมสุขภาพประที่พึงประสงค์ 4 ประกอบไปด้วยตัวชี้วัดย่อย ดังนี้ พิจารณาความสำเร็จของการดำเนินงานตาม KPI ย่อย ดังนี้ 1. ร้อยละการสมัครเข้าร่วมโครงการHealthy Nong Khai ออกแรงแรงคัง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (20 คะแนน) 2. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแรงคัง (สร้างสุขภาพ) (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (10 คะแนน) 3. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (10 คะแนน) 4. ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ 2 ครั้ง/ปี: รอบ 6 เดือนแรก 1 ครั้ง/ รอบ 6 เดือนหลัง 1 ครั้ง (20 คะแนน) 5. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานคลินิก DPAC (10 คะแนน) 6. ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปีมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (20 คะแนน) 7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง $\leq$ ร้อยละ 1.95 5 (10 คะแนน) รายละเอียดการให้คะแนนตามแนบท้าย นิยาม นโยบายสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคัง) เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพได้ร่างกายให้แข็งแรงได้ด้วยตัวเอง ด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง เช่นการกินอาหาร การนอนพักผ่อนอย่างพอเพียง รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก และการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ ด้วยการหมั่นตรวจสอบ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาล อย่างสม่ำเสมอ โดย.... ออกแรงแรง หมายถึง การมีกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกาย ในระดับที่เหนื่อยกว่าภาวะปกติ เป็นเวลามากกว่า 30 นาที/วัน สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เช่นเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ เต้นแอโรบิก ปั่นจักรยาน ฯลฯ ตามบริบทและความเหมาะสมของพื้นที่ที่อยู่อาศัยและชุมชน แรงแรงคัง หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพและการเฝ้าระวังสุขภาพตัวเอง ในเรื่อง นคร 3 อ. 2ส. : “นคร 3 อ. 2 ส.” คือ น. คือ น้ำหนัก (กิโลกรัม) น้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับคนไทยคือค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 18.5 - 22.9 จัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสัดส่วนของน้ำหนัก ส่วนสูง อายุ เพศ โดยใช้สูตร คำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) ยกกำลัง 2

	ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 = น้ำหนักน้อยเกินไป หรือผอม ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9 > = น้ำหนักปกติและมีปริมาณไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23-24.9 = น้ำหนักเกิน ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25-29.9 = อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 = อ้วนระดับ 2 หรืออ้วนอันตราย ค. คือ ความดันโลหิต กรณี วัดความดันโลหิต ที่คลินิก หรือที่โรงพยาบาล ค่าความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท) (อยู่ในเกณฑ์ ไม่เกิน 139/89) กรณีวัดที่บ้าน ค่าความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท) (อยู่ในเกณฑ์ น้อยกว่า 135/85) ทุกวัน ร. คือ รอบเอว (เซนติเมตร) อยู่ในเกณฑ์ ไม่เกิน ส่วนสูงหารสอง วัดทุก 2-3 เดือน 3 อ. ได้แก่ 1. อาหาร : วิธีการ หรือทางเลือกในการกินอาหาร คือ - กินพืชสด (สุก) ไม่ใช่พืชผักดอง หรืออาหารแปรรูป ในรูปแบบต่างๆ - ลดเกลือ (โซเดียม) ไม่เกิน 2,000 มก./วัน หรือคิดเป็นเกลือ 5 กรัม (1 ช้อนชา) - เนื้อมน (ลดการกินเนื้อแดง) ส่วนเนื้อขาว (เนื้อปลา เนื้อไก่ white meat) ไม่ได้จำกัดปริมาณ - ไขมัน คือ กินไขมัน ของทอด ไขมันสัตว์ให้น้อย งดกินไขมันชนิดทรานส์ - น้ำตาลต่ำ คือ กินน้ำตาลให้น้อย ไม่หวานจัด (ไม่เกิน 6 ถึง 9 ช้อนชาต่อวัน) 2. ออกกำลังกาย : การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละอย่างน้อย 30 นาที “ลดเวลานั่ง เพิ่มเวลายืน ยืดเวลาเดิน ไม่เพลนนั่งกินนอนกิน” 3. ออกกำลังกาย หรือการดูแลเรื่องอารมณ์ : มีสติประกอบการงาน ใจระลึกร่างกาย ไม่เพลนในอารมณ์ อดทนอดกลั้นกับสิ่งชั่วร้าย เกี่ยวกับความหิว ความขี้เกียจ (ออกกำลังกาย) 2 ส. ได้แก่ ส. สูบบุหรี่ : ไม่สูบ ไม่ดื่มควินบุหรี่ ส. สุรา แอลกอฮอล์ : ลด ละ เลิก ดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด น = น้ำหนัก การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ Self – Care ออกแรงแรงคิง เพื่อเป็นการสื่อสารและส่งเสริมสุขภาพ ตามนโยบาย Self – Care ออกแรงแรงคิง โดย คปสอ. , PCU รพ. และ รพ.สต. ต้องจัดให้มีกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ อื่น ๆ ที่เป็นรวมพลังออกกำลังกายของประชาชน - หน่วยงานที่ต้องจัดดำเนินการให้มีกิจกรรมสร้างสุขภาพ Self – Care ออกแรงแรงคิง ได้แก่ 1.คปสอ./2.PCU.รพ.หรือ รพ. /3.รพ.สต.(ตำบลที่มี 2 รพ.สต. ให้จัดในภาพตำบล) - จัดกิจกรรมโดยหน่วยบริการเอง หรือบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น - มีการขยายหรือการสื่อสารถึงการสร้างสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยคำว่า Self – Care ออกแรงแรงคิง - ระดับอำเภอ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า 300 – 500 คน - ระดับตำบล มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า 300 คน - ดำเนินการ 2 ครั้ง/ปี รอบ 6 เดือนแรก (ต.ค.-มี.ค.) 1 ครั้ง และ รอบ 6 เดือนหลัง (เม.ย.-ก.ย.) 1 ครั้ง - กำหนดตารางเป็นปฏิทินการดำเนินงานแสดงทั้งปีงบประมาณ รายงานผลการดำเนินงานเป็นหนังสือราชการ และทางสื่อโซเชียลมีเดีย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 18 – 59 ปี จังหวัดหนองคาย			
เป้าหมาย	ร้อยละ 80			
วิธีการประเมิน	- แบบประเมิน ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ปีละ 2 ครั้ง - โปรแกรมออกแรงแรงคั่ง			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564			
ทุกระดับ				
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ			
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม 100			
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 40		
	2	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 50		
	3	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 60		
	4	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 70		
	5	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2561 2562 2563
	1. ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปีมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ		ร้อยละ	72.64 63.42 63.30
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563	2. ร้อยละความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน		ร้อยละ	87.26 30.0
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน ร้อยละ
	1	หนองคาย	100	81 81.61
	2	ท่าบ่อ	100	81 81.00
	3	โพนพิสัย	100	83 82.85
	4	ศรีเชียงใหม่	100	88 88.00
	5	สังคม	100	77 77.44
	6	สระใคร	100	90 90.00
	7	เผ้าไร่	100	76 76.35
	8	รัตนวาปี	100	90 90.00
	9	โพธิ์ตาก	100	85 84.99
	10	พิสัยเวหา	100	67 67.00
		รวม	100	78 78.42

เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลการสมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกແຂ່ງແຍງคຶງ 99 ວັນສຸຂະພາບດີຂຶ້ນ ບາດທ່ານ/ ພູ້ບ້ານ/ແລະຈາກໂປຣແກຣມ 2. ข้อมูลและหลักฐาน หนังสือราชการรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เติมน้ำสร้าง สุขภาพ รายอำเภอ รายตำบล รอบที่ 1/รอบที่ 2 3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการปี 2564 4. ทะเบียนชมรมออกแอ่งแย่งคั้ง 5. เอกสารการจัดตั้ง/การดำเนินงานองค์กรไร้พุง/การประเมินตนเอง ผ่านระบบ apps.anamai.moph.go.th/dpac 6. เอกสารการจัดตั้ง/การดำเนินงานและทะเบียนให้บริการคลินิก DPAC/การประเมินตนเอง ผ่านระบบ apps.anamai.moph.go.th/dpac 7. รายงานข้อมูลดัชนีมวลประชาชนวัยทำงานจาก HDC/โปรแกรมออกแอ่งแย่งคั้ง 5. รูปภาพกิจกรรม	
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรจิตวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย	โทร. 08-3144-6566
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 123

แบบประเมิน ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ

1. ร้อยละการสมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (20 คะแนน 3 กลุ่ม)

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละ อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 10	ร้อยละ 40
3	ร้อยละ อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60
5	ร้อยละ อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 10	ร้อยละ 40
3	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60
5	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80

1.3 กลุ่มที่ 3 ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
3	ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10
6	ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15
10	ร้อยละประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแรงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20

2. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแยงคิง (สร้างสุขภาพ) (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
4	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
6	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
8	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
10	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแยงคิง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

3. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (10 คะแนน)

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
2	✓				
4	✓	✓			
6	✓	✓	✓		
8	✓	✓	✓	✓	
10	✓	✓	✓	✓	✓

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

4. ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ 2 ครั้ง/ปี (20 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
4	ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
8	ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
12	ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
16	ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
20	ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

5. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานคลินิก DPAC (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2	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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
4	ด้านการให้บริการ - มีกิจกรรมให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นคร 2 ส. (3 อ. 2 ส.)) - มีผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 คน - มีสมุดบันทึกการให้บริการผู้ป่วย
6	ด้านการติดตาม ประเมินผล - มีการรายงานผลการดำเนินงาน / แปรผลการดำเนินงาน (สรุปรายบุคคล และกลุ่ม) - มีการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนางาน (การติดตาม, ประเมินผล, และพัฒนาการบริการ)
8	ด้านเป้าหมายการบริการ - ร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC
10	- ร้อยละ 100 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC

6. ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (20 คะแนน) วัดจากโปรแกรมออกแสงแยงคิง

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
4	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 15	ร้อยละ 45
8	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 20	ร้อยละ 50
12	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 25	ร้อยละ 55
16	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 60
20	ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 35	ร้อยละ 65

7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง $\leq$ ร้อยละ 1.95 5 (10 คะแนน) คะแนนจาก ตัวชี้วัดงาน NCD

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$>$ ร้อยละ 3.35	$>$ ร้อยละ 3.35
4	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 3.35	$\leq$ ร้อยละ 3.35
6	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 2.85	$\leq$ ร้อยละ 2.85
8	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 2.35	$\leq$ ร้อยละ 2.35
10	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 1.85	$\leq$ ร้อยละ 1.85

ตัวชี้วัดที่ 24/21/14	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs																
	1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลง																
หน่วยวัด	อัตรา																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานและมีระดับน้ำตาล FPG มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน																
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ 5 ระดับ คปสอ. : อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ 5 ระดับ รพ.สต. : อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ 5																
วิธีการประเมิน	ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2563 กับ ปี 2564 จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC																
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564																
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา																
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] × 100																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1	2	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2	3	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3	4	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4	5	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 1																
2	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2																
3	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 3																
4	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 4																
5	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลง (ลดลงร้อยละ 5)</td><td>ร้อยละ</td><td>2,983 (ลด 1.39%)</td><td>2,461 (ลด 5.70%)</td><td>2,410 (ลด 16.90%)</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลง (ลดลงร้อยละ 5)	ร้อยละ	2,983 (ลด 1.39%)	2,461 (ลด 5.70%)	2,410 (ลด 16.90%)
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2561	2562	2563													
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลง (ลดลงร้อยละ 5)	ร้อยละ	2,983 (ลด 1.39%)	2,461 (ลด 5.70%)	2,410 (ลด 16.90%)													

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	848	684	19.34
	2	ท่าบ่อ	557	393	29.44
	3	โพนพิสัย	433	428	1.15
	4	ศรีเชียงใหม่	157	163	-3.82
	5	สังคม	128	100	21.88
	6	สระใคร	102	102	0
	7	เผ่าไร่	256	197	23.05
	8	รัตนวาปี	204	184	9.80
	9	โพธิ์ตาก	94	74	21.28
	10	พิสัยเวหา	121	85	29.75
		รวม	2900	2410	16.90
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 24/21/14	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs																
	2) 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 ≤ 1.85 % ระดับ คปสอ. : อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.85 % ระดับ รพ.สต. : อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.85 %																
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน > ร้อยละ 3.35</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 3.35</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.85</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.35</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 1.85</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน > ร้อยละ 3.35	2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 3.35	3	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.85	4	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.35	5	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 1.85	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน > ร้อยละ 3.35																
2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 3.35																
3	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.85																
4	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.35																
5	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 1.85																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.85</td><td>อัตรา</td><td>1.72</td><td>1.81</td><td>1.92</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.85	อัตรา	1.72	1.81	1.92
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2561	2562	2563													
อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.85	อัตรา	1.72	1.81	1.92													

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	3,064	46	1.50
	2	ท่าบ่อ	1,663	31	1.86
	3	โพนพิสัย	2,405	44	1.83
	4	ศรีเชียงใหม่	775	29	3.74
	5	สังคม	507	9	1.78
	6	สระใคร	426	15	3.52
	7	เผ่าไร่	1,369	18	1.31
	8	รัตนวาปี	656	15	2.29
	9	โพธิ์ตาก	66	2	3.03
	10	พิสัยเวหา			
		รวม	11,746	226	1.92
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 24/21/14	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs													
	3) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70													
หน่วยวัด	อัตรา													
น้ำหนัก	ร้อยละ													
คำอธิบาย	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน 1 กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ 2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ type area 1,3													
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : $\geq$ ร้อยละ 70 ระดับ คปสอ. : $\geq$ ร้อยละ 70 ระดับ รพ.สต. : $\geq$ ร้อยละ 70													
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 30</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 30	2	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 40	3	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 50	4	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 60	5	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 30													
2	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 40													
3	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 50													
4	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 60													
5	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70													
ระดับจังหวัด														
ระดับ คปสอ.														
ระดับ รพ.สต.														

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน $\geq$ ร้อยละ 70		อัตรา	47.96	67.13	87.45
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	1,709	1,594	93.27	
	2	ท่าบ่อ	952	750	78.78	
	3	โพนพิสัย	544	527	96.88	
	4	ศรีเชียงใหม่	199	170	85.43	
	5	สังคม	146	140	95.89	
	6	สระใคร	32	32	100	
	7	เผ่าไร่	138	138	100	
	8	รัตนวาปี	184	184	100	
	9	โพธิ์ตาก	50	38	76.00	
	10	พิสัยเวหา				
		รวม	4,208	3,680	87.45	
เอกสารอ้างอิง	รายงานจาก HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 24/21/14	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs												
	4) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) ไม่เกินร้อยละ 6.7												
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	ระดับ จังหวัด : $\leq$ ร้อยละ 6.7 ระดับ คปสอ. : $\leq$ ร้อยละ 6.7 ระดับ รพ.สต. : $\leq$ ร้อยละ 6.7												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP)												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการทำ Home BP ทั้งหมด ในปีงบประมาณ												
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 8.7</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 8.2</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 7.7</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 7.2</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 6.7</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 8.7	2	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 8.2	3	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 7.7	4	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 7.2	5	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 6.7
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 8.7												
2	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 8.2												
3	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 7.7												
4	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 7.2												
5	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP) $\leq$ ร้อยละ 6.7												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
					2561	2562	2563
	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP)			อัตรา	9.01	9.38	6.79
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	1	หนองคาย	1,567	94	6		
	2	ท่าบ่อ	750	43	5.73		
	3	โพนพิสัย	526	33	6.27		
	4	ศรีเชียงใหม่	169	16	9.47		
	5	สังคม	140	25	17.86		
	6	สระใคร	32	2	6.25		
	7	เผ่าไร่	138	18	13.04		
	8	รัตนวาปี	184	18	9.78		
	9	โพธิ์ตาก	38	2	5.26		
	10	พิสัยเวหา	254	7	2.76		
		รวม	3,798	258	6.79		
เอกสารอ้างอิง	รายงานจาก HDC						
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105			

ตัวชี้วัดที่ 24/21/14	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
	5) จังหวัด : ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป 5) คปสอ. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป
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 ให้แก่หน่วยบริการระดับอำเภอ 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) โดยมุ่งเน้นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วย DM, HT และกลุ่มป่วย DM , HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ทุก รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป												
วิธีการประเมิน	1. จากรายงานผลการประเมินตนเองคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 และรอบที่ 2 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงประเมินสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย 3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564												
	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	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												

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ 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		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป		ร้อยละ	66.67 (6/9)	100 (9/9)	100 (9/9)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ระดับ	
	1	หนองคาย	100	84.80	ดีมาก	
	2	ท่าบ่อ	100	82.20	ดีมาก	
	3	โพนพิสัย	100	97.60	ดีเด่น	
	4	ศรีเชียงใหม่	100	83.60	ดีมาก	
	5	สังคม	100	85.20	ดีเด่น	
	6	สระใคร	100	76.20	ดี	
	7	เผ่าไร่	100	78.00	ดี	
	8	รัตนวาปี	100	86.60	ดีเด่น	
9	โพธิ์ตาก	100	73.80	ดี		
10	พิสัยเวท	-	--	-		
	รวม	-	-	-		
เอกสารอ้างอิง	รายงานจาก HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 25/22/-	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี												
	1) อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไม่เกิน 31.23 ต่อแสนประชากร												
หน่วยวัด	อัตราต่อแสนประชากร												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	อัตราตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด (รหัส ICD-10 = C22 – C24) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือ โคเลงจิโอคาร์ซิโนมา หมายถึง ผู้มีผลการตรวจการทำงานของตับผิดปกติ ปวดท้อง ดีซ่าน น้ำหนักลด และอาจมีอาการคันทั่วไป มีไข้ สีของอุจจาระและปัสสาวะเปลี่ยนไป โรคนี้วินิจฉัยโดยอาศัยผลตรวจเลือด ผลตรวจภาพรังสี ผลการส่องกล้อง และบางครั้งอาจต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดสำรวจ มะเร็งท่อน้ำดีมักปรากฏอาการในระยะท้ายๆ ของโรคซึ่งทำให้เป็นการจำกัดทางเลือกในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็ง ความผิดปกติแต่กำเนิดของตับ การติดเชื้อพยาธิในตับ อย่างเช่น พยาธิใบไม้ในตับ <i>Opisthorchis viverrini</i> หรือ <i>Clonorchis sinensis</i> การสัมผัสสารทึบรังสีบางชนิดเช่น Thorotrast เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่ปรากฏปัจจัยเสี่ยงชัดเจนรหัส ICD-10 = C22 - C24												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร												
เป้าหมาย	ไม่เกิน 31.23 ต่อแสนประชากร												
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรขอกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์												
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี (รหัส ICD-10 = C22 – C24)												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรปี 2563												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 43.23 ต่อประชากรแสนคน</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 40.23 ต่อประชากรแสนคน</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 37.23 ต่อประชากรแสนคน</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 34.23 ต่อประชากรแสนคน</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 31.23 ต่อประชากรแสนคน</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 43.23 ต่อประชากรแสนคน	2	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 40.23 ต่อประชากรแสนคน	3	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 37.23 ต่อประชากรแสนคน	4	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 34.23 ต่อประชากรแสนคน	5	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 31.23 ต่อประชากรแสนคน
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 43.23 ต่อประชากรแสนคน												
2	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 40.23 ต่อประชากรแสนคน												
3	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 37.23 ต่อประชากรแสนคน												
4	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 34.23 ต่อประชากรแสนคน												
5	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 31.23 ต่อประชากรแสนคน												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2559	2560	2561	2562	2563 (10 เดือน)
	อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี		ต่อประชากรแสนคน	33.24	41.77	40.41	46.96	35.23
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด : อัตราตายมะเร็งตับและท่อน้ำดี (แยกรายอำเภอ)							
	หน่วยวัด : ประชากรแสนคน							
	อำเภอ		ผลการดำเนินงาน : จำนวน/อัตราต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ					
			2561	2562		2563 (10 เดือน)		
	เมือง		73/48.40	78/51.73		66/43.77		
	ท่าบ่อ		33/39.81	49/59.10		25/30.15		
โพนพิสัย		30/30.32	29/29.29		29/29.29			
ศรีเชียงใหม่		12/38.82	25/81.01		4/12.96			
สังคม		9/35.49	4/15.68		10/39.20			
สระใคร		18/67.01	19/70.57		23/85.43			
เผ่าไร่		16/30.58	24/4.92		14/26.79			
รัตนวาปี		9/23.23	11/2.36		11/28.36			
โพธิ์ตาก		11/71.82	5/32.64		2/13.05			
จังหวัด		211/40.41	244/46.71		184/35.23			
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 25/22/-	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี								
	2) อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 5								
หน่วยวัด	อัตรา								
น้ำหนัก	ร้อยละ								
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีครั้งแรก (ICD 10 = C22 – C24)								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร								
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมาร้อยละ 5 ระดับ คปสอ. : อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมาร้อยละ 5								
วิธีการประเมิน	ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2563 กับ ปี 2564 จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC								
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564								
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปีงบประมาณปัจจุบัน								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปีงบประมาณปี 2562								
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] × 100								
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน							
	1	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 1							
	2	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 2							
	3	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 3							
	4	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 4							
	5	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 5							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
					2560	2561	2562	2563 (11 เดือน)	
	อัตราป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่		ต่อประชากรแสนคน		63.99	80.44	87.68	18.95	
	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน : จำนวน/อัตราต่อประชากรแสนคน (แนวโน้ม+/-) ปีงบประมาณ							
		2560		2561		2562		2563 (11เดือน)	
		จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร
	เมือง	187	124.1	190	125.97	206	136.62	38	25.20
	ท่าบ่อ	95	114.3	165	199.08	165	199.01	44	53.06
	โพธิ์สัย	23	23.26	18	18.19	30	30.30	6	6.06
	ศรีเชียงใหม่	5	16.18	5	16.17	11	35.64	2	6.48
	สังคม	5	19.76	5	19.71	2	7.84	0	0
	สระใคร	9	33.60	18	67.01	16	59.43	4	0.76
	เผ่าไร่	8	15.31	11	21.02	11	21.05	4	7.655
	รัตนวาปี	1	2.57	7	18.06	12	30.94	1	2.57
	โพธิ์ตาก	1	6.51	1	0.52	5	32.64	0	0
	จังหวัด	334	63.99	420	80.44	458	87.68	99	18.95

เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC	
ผู้รับผิดชอบ	2.นางศิริพร มณี	โทร. 093 9797082
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและ ยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 25/22/-	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี			
	3) อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลงร้อยละ 5			
หน่วยวัด	อัตรา			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	ผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ตรวจจู่จาะพบพยาธิใบไม้ตับครั้งแรก การดำเนินงาน ตำบลเป้าหมายปี 2559-2563 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจจู่จาะในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยง หนึ่งข้อขึ้นปรายใหม่ ตำบลๆ ละ 100 ราย <u>ปัจจัยเสี่ยงมีดังนี้</u> 1. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 2. ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ 3. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร			
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 5			
	ระดับ คปสอ. : อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 5			
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลผลการตรวจจู่จาะ			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ตรวจจู่จาะพบพยาธิใบไม้ตับในปัจุบันประมาณปัจจุบัน			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ตรวจจู่จาะพบพยาธิใบไม้ตับในปัจุบันประมาณที่ผ่านมา			
สูตรคำนวณ	$[(B - A)/B] \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลง ร้อยละ 9		
	2	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลง ร้อยละ 8		
	3	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลง ร้อยละ 7		
	4	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลง ร้อยละ 6		
	5	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2559 - 2563		
		ตรวจจู่จาะรายใหม่ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ
	เมือง	6,092	97	1.59
	ท่าบ่อ	4,331	70	1.61
	โพธิ์สัย	7,009	407	5.80
	ศรีเชียงใหม่	2,440	64	2.62
	สังคม	2,249	60	2.66
	สระใคร	1,812	21	1.15
	เฝ้าไร่	3,441	151	4.38
	รัตนวาปี	2,645	93	3.51
	โพธิ์ตาก	2,268	55	2.42
	จังหวัด	36,022	1,251	3.47
	เอกสารอ้างอิง	ผลการตรวจจู่จาะในโปรแกรม Isan cohort		
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี		โทร. 093 9797082	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 25/22/-	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี																																																																				
	4) อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ																																																																				
หน่วยวัด	อัตรา																																																																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																				
คำอธิบาย	การติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ หมายถึง ประชาชนที่ตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับได้รับการตรวจอุจจาระซ้ำพบพยาธิใบไม้ตับ ตำบลที่ดำเนินงานตรวจอุจจาระซ้ำ คือตำบลเป้าหมายปี 2559 – 2563																																																																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในปีที่เป็นตำบลเป้าหมาย																																																																				
เป้าหมาย	ไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ																																																																				
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลผลการตรวจอุจจาระจาก รบ.506																																																																				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																																																																				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจอุจจาระซ้ำพบพยาธิใบไม้ตับ																																																																				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจอุจจาระซ้ำทั้งหมด																																																																				
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$																																																																				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับอำเภอ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 4</td></tr> <tr> <td>2</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 3</td></tr> <tr> <td>3</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 2</td></tr> <tr> <td>4</td><td colspan="4">อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 1</td></tr> <tr> <td>5</td><td colspan="4">ไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ</td></tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราผู้ป่วยติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 4				2	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 3				3	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 2				4	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 1				5	ไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ																																						
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																																				
1	อัตราผู้ป่วยติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 4																																																																				
2	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 3																																																																				
3	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 2																																																																				
4	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลงร้อยละ 1																																																																				
5	ไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ																																																																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด : อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ (แยกรายตำบล) หน่วยวัด : ร้อยละ ตำบลเป้าหมาย ปี 2559 จำนวน 4 ตำบล 4 อำเภอ <table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th><th>ตำบล</th><th>ตรวจอุจจาระ (ราย)</th><th>พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)</th><th>ร้อยละ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ท่าบ่อ</td><td>น้ำโมง</td><td>905</td><td>8</td><td>0.8</td></tr> <tr> <td>โพนพิสัย</td><td>จุมพล</td><td>976</td><td>18</td><td>1.84</td></tr> <tr> <td>ศรีเชียงใหม่</td><td>พระพุทธบาท</td><td>905</td><td>15</td><td>1.65</td></tr> <tr> <td>รัตนวาปี</td><td>บ้านดอน</td><td>973</td><td>18</td><td>1.84</td></tr> <tr> <td>จังหวัด</td><td>4 ตำบล</td><td>3,759</td><td>59</td><td>1.56</td></tr> </tbody> </table> ตำบลเป้าหมาย ปี 2560 จำนวน 5 ตำบล 5 อำเภอ <table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th><th>ตำบล</th><th>ตรวจอุจจาระ (ราย)</th><th>พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)</th><th>ร้อยละ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมือง</td><td>วัดธาตุ</td><td>909</td><td>21</td><td>2.31</td></tr> <tr> <td>สังคม</td><td>แก้งไก</td><td>745</td><td>32</td><td>4.29</td></tr> <tr> <td>สระใคร</td><td>คอกช้าง</td><td>887</td><td>13</td><td>1.46</td></tr> <tr> <td>เฝ้าไร่</td><td>หนองหลวง</td><td>752</td><td>45</td><td>5.98</td></tr> <tr> <td>โพธิ์ตาก</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>679</td><td>16</td><td>2.35</td></tr> <tr> <td>จังหวัด</td><td>5 ตำบล</td><td>3,972</td><td>127</td><td>3.19</td></tr> </tbody> </table>				อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ	ท่าบ่อ	น้ำโมง	905	8	0.8	โพนพิสัย	จุมพล	976	18	1.84	ศรีเชียงใหม่	พระพุทธบาท	905	15	1.65	รัตนวาปี	บ้านดอน	973	18	1.84	จังหวัด	4 ตำบล	3,759	59	1.56	อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ	เมือง	วัดธาตุ	909	21	2.31	สังคม	แก้งไก	745	32	4.29	สระใคร	คอกช้าง	887	13	1.46	เฝ้าไร่	หนองหลวง	752	45	5.98	โพธิ์ตาก	โพธิ์ตาก	679	16	2.35	จังหวัด	5 ตำบล	3,972	127	3.19
อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ																																																																	
ท่าบ่อ	น้ำโมง	905	8	0.8																																																																	
โพนพิสัย	จุมพล	976	18	1.84																																																																	
ศรีเชียงใหม่	พระพุทธบาท	905	15	1.65																																																																	
รัตนวาปี	บ้านดอน	973	18	1.84																																																																	
จังหวัด	4 ตำบล	3,759	59	1.56																																																																	
อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ																																																																	
เมือง	วัดธาตุ	909	21	2.31																																																																	
สังคม	แก้งไก	745	32	4.29																																																																	
สระใคร	คอกช้าง	887	13	1.46																																																																	
เฝ้าไร่	หนองหลวง	752	45	5.98																																																																	
โพธิ์ตาก	โพธิ์ตาก	679	16	2.35																																																																	
จังหวัด	5 ตำบล	3,972	127	3.19																																																																	

ตำบลเป้าหมาย ปี 2561 จำนวน 9 ตำบล 9 อำเภอ

อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ
เมือง	หนองกอมเกาะ	915	16	1.74
ท่าบ่อ	บ้านถ่อน	914	3	0.32
โพนพิสัย	กุดบง	924	71	7.68
ศรีเชียงใหม่	พานพร้าว	616	4	0.64
สังคม	นาจั่ว	751	7	0.72
สระใคร	ฝาง	825	7	0.72
รัตนวาปี	รัตนวาปี	799	42	2.48
เผ้าไร่	เผ้าไร่	905	30	3.31
โพธิ์ตาก	โพนทอง	744	21	2.82
จังหวัด	9 ตำบล	7,393	201	2.71

ตำบลเป้าหมาย ปี 2562 จำนวน 10 ตำบล 6 อำเภอ

อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ
ท่าบ่อ	ท่าบ่อ	909	20	0.02
	บ้านวุ่น	920	28	3.04
	โคกคอน	905	37	4.08
	นาข่า	905	38	4.19
โพนพิสัย	วัดหลวง	1,139	88	7.72
ศรีเชียงใหม่	หนองปลาปาก	919	45	4.89
	บ้านหม้อ	905	30	3.31
สังคม	ผาดั้ง	651	18	2.76
รัตนวาปี	นาทับไฮ	905	20	0.22
โพธิ์ตาก	ด่านศรีสุข	845	18	2.13
จังหวัด	10 ตำบล	9,003	342	3.80

ตำบลเป้าหมาย ปี 2563 จำนวน 24 ตำบล 7 อำเภอ

อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ
เมือง	เวียงคุก	100	2	2
	ปะโค	100	4	4
	หินโงม	905	37	4.08
	บ้านเดื่อ	937	35	3.73
	สีกาย	726	38	5.23
	ในเมือง	100	0	0
	ค่ายบกหวาน	103	3	2.91
	โพนสว่าง	388	13	3.35
	โพธิ์ชัย	909	28	3.08
ท่าบ่อ	โพนสา	500	10	2
	หนองนาง	100	1	1
	กองนาง	100	4	4
	บ้านเดื่อ	903	24	2.65
โพนพิสัย	บ้านฝือ	1,155	78	6.75
	นาหนัง	905	85	9.39
	โพธิ์	100	3	3

	อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ
		ทุ่งหลวง	905	45	4.97
		เหล่าต่างคำ	100	2	2
	สังคม	สังคม	102	3	2.94
	สระใคร	สระใคร	100	1	0.98
	รัตนวาปี	พระบาทนาสิงห์	764	71	9.28
	เฝ้าไร่	นาดี	102	1	0.98
		วังหลวง	886	17	1.91
	จังหวัด	24 ตำบล	11,895	522	4.38
	อำเภอ	ผลการตรวจอุจจาระ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2563			
		ตรวจอุจจาระรายใหม่ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ	
	เมือง	6,092	97	1.59	
	ท่าบ่อ	4,331	70	1.61	
	โพนพิสัย	7,009	407	5.80	
	ศรีเชียงใหม่	2,440	64	2.62	
	สังคม	2,249	60	2.66	
	สระใคร	1,812	21	1.15	
	เฝ้าไร่	3,441	151	4.38	
	รัตนวาปี	2,645	93	3.51	
	โพธิ์ตาก	2,268	55	2.42	
	จังหวัด	36,022	1,251	3.47	
เอกสารอ้างอิง	1.รายงาน รบ.506 2.โปรแกรม Isan cohort				
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร. 093 9797082	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและ ยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 25/22/-	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี																																		
	5) ร้อยละของตำบลมีจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ 9 อำเภอ 62 ตำบล ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคมในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูลเพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยการตรวจอุจจาระ รักษาและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดพยาธิใบไม้ตับ มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล หมายถึง มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา หมายถึง การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงดิบ, ประชาสัมพันธ์ สื่อสารโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีชุมชนผ่านช่องทางต่างๆอย่างต่อเนื่อง <u>ปัจจัยเสี่ยงมีดังนี้</u> 1. ผู้ที่มีประวัติติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 2. ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ 3. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร																																		
เป้าหมาย	ร้อยละ 100																																		
วิธีการประเมิน	1.ความสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด “ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ต้องมีการดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการ รายไตรมาสอย่างต่อเนื่อง <table><tr><th rowspan="2">การดำเนินงานตามมาตรการ</th><th colspan="4">ไตรมาส</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th></tr><tr><td>มาตรการที่ 1การสร้างเสริมสุขภาพ</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr><tr><td>มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr><tr><td>มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr><tr><td>มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr><tr><td>มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td><td>✓</td></tr></table>	การดำเนินงานตามมาตรการ	ไตรมาส				1	2	3	4	มาตรการที่ 1การสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา	✓	✓	✓	✓	มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ	✓	✓	✓	✓
การดำเนินงานตามมาตรการ	ไตรมาส																																		
	1	2	3	4																															
มาตรการที่ 1การสร้างเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓																															
มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน	✓	✓	✓	✓																															
มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล	✓	✓	✓	✓																															
มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา	✓	✓	✓	✓																															
มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ	✓	✓	✓	✓																															

2.การวัดผลสำเร็จการดำเนินงานไตรมาสที่ 4 ต้องดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการและมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

2.1 กิจกรรมตำบลมีการออกและบังคับใช้ข้อบังคับจัดการสิ่งปฏิกูล ลดการแพร่กระจายโรคในสิ่งแวดล้อม คน สัตว์รังโรคและมีการจัดการเรียนการสอน หน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
4	มีการวางแผนการประชุมแต่ยังไม่ดำเนินการ
8	มีการประชุมวางแผนร่วมกับ อปท.
12	มีการประชุมวางแผนร่วมกับ อปท.,โรงเรียน
16	มีการประชุมวางแผนร่วมกับ อปท.,โรงเรียน แต่ไม่มีการติดตามโรงเรียน
20	มีการประชุมวางแผนร่วมกับ อปท.,โรงเรียน และมีการติดตามโรงเรียน

2.2 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระและได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
4	ตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
8	ตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 61 - 70
12	ตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 71 - 80
16	ตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 81 - 90
20	ตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 91 - 100

2.3 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
4	ตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
8	ตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 61 - 70
12	ตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 71 - 80
16	ตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 81 - 90
20	ตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 91 - 100

2.4 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
4	มีการหาแนวทางกรณีไม่มีผู้ป่วย
8	มีแนวทางกรณีมีผู้ป่วย
12	มีแนวทางกรณีมีผู้ป่วยและไม่มีผู้ป่วย
16	มีแนวทางกรณีมีผู้ป่วยและไม่มีผู้ป่วย/มีการวางแผนการดำเนินงาน
20	มีแนวทางกรณีมีผู้ป่วยและไม่มีผู้ป่วย/มีการวางแผนการดำเนินงาน/ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้รับการรักษาดูแล/มีการทบทวน Case Death

	2.5 มีการรณรงค์ สร้างกระแสปลูกป่าสุก และสนับสนุนผู้ประกอบการในการปลูกป่าปลอดพยาธิเพื่อให้ผู้ประกอบการประกอบผลิตภัณฑ์ปลอดพยาธิ, การให้ความรู้โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	4	มีกิจกรรม 1 ครั้ง
	8	มีกิจกรรม 2 ครั้ง
	12	มีกิจกรรม 3 ครั้ง
	16	มีกิจกรรม 4 ครั้ง
	20	มีกิจกรรม 5 ครั้ง
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตำบลจัดการสุขภาพที่ดำเนินงานครบตามมาตรการที่กำหนดรายไตรมาสอย่างต่อเนื่อง	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตำบลเป้าหมายทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 60
	2	มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 70
	3	มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 80
	4	มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 90
	5	มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100
	ระดับ รพ.สต.	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60
	2	มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70
	3	มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
	4	มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90
	5	มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
		ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	18 ตำบล (ร้อยละ 29.03)	28 ตำบล (ร้อยละ 45.16)
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	16	11	68.75
	2	ท่าบ่อ	10	10	100
	3	โพนพิสัย	11	9	81.81
	4	ศรีเชียงใหม่	4	4	100
	5	สังคม	5	4	80
	6	สระใคร	3	3	100
	7	เผ่าไร่	5	4	80
	8	รัตนวาปี	5	4	80
	9	โพธิ์ตาก	3	3	100
		รวม	62	52	83.87
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Isan Cohort) 2. ฐานข้อมูลประชากร 3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) 4. รบ.506				
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร. 093-9797082	
	งานมะเร็ง กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด			โทร. 0 4242 923 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 26/23/-	RTI (Road Traffic Injury)
	1) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 22 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน)
หน่วยวัด	อัตรา (จังหวัด)
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิต ในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2564) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป และกำหนดให้ปี 2564 อัตราการเสียชีวิตไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 (ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) ในรอบ 9 เดือน หรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่า อัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดว่าจะเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคอขวดอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน) กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ในปีงบประมาณ 2564 จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 22 ต่อประชากรแสนคนโดยใช้ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2560-2564 เน้นใน 4 ด้าน (1) ด้านการบริหารจัดการ (2) การจัดการข้อมูล (3) ด้านการป้องกัน (4) ด้านการรักษา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 22 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน)
วิธีการประเมิน	การคำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับ ค่าเป้าหมาย จากข้อมูล 3 ฐานของจังหวัดหนองคายในปีนั้น
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
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	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อประชากรแสนคน)		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		≥ 17	≥ 34		
	2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		14.10 - 15.5	25.1 - 31		
	3	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		12.51 – 14	25.1 - 28		
	4	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		11.11 - 12.5	22.1 - 25		
	5	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		≤ 11	≤ 22		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2560	2561	2562	2563
	- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อแสนประชากร) ข้อมูล 3 ฐาน		อัตรา	184 (35.36)	122 (23.38)	144 (27.58)	137 (26.23)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562-2563 (ต.ค.62-ส.ค.63)						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2562		ปี 2563	
				ผลงาน	อัตรา	ผลงาน	อัตรา
	1	เมืองหนองคาย	150,780	48	31.83	43	28.52
	2	ท่าบ่อ	82,910	23	27.75	17	20.50
	3	โพนพิสัย	98,984	36	36.39	30	30.31
	4	ศรีเชียงใหม่	30,860	11	35.59	5	16.20
	5	สังคม	25,506	6	23.66	10	39.21
	6	สระใคร	26,920	3	11.17	9	33.43
	7	เฝ้าไร่	52,256	7	13.38	8	15.31
	8	รัตนวาปี	38,779	7	18.07	10	25.79
	9	โพธิ์ตาก	15,316	3	19.59	5	32.65
		รวม	522,311	144	27.58	137	26.23
เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) ของจังหวัด 2) โปรแกรมรายงาน PHER ACCIDENT กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3) โปรแกรมรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แพ้ม (รหัส ICD-10 = V01-V89) /HDC และจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข						
ผู้รับผิดชอบ	1.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย				โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026		

ตัวชี้วัดที่ 26/23/-	RTI (Road Traffic Injury) 2.1) ระดับจังหวัด : ร้อยละ 100 อำเภอฟากการประเมิการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+ Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป 2.2) ระดับอำเภอ : อำเภอฟากการประเมิการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+ Plus}) ระดับดีมากขึ้นไป (Excellent) ร้อยละ 100								
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : จำนวนกิจกรรมในระดับดีมากขึ้นไป								
น้ำหนัก	ร้อยละ								
คำอธิบาย	แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เน้น 4 ด้าน (1.) ด้านการบริหารจัดการ (2.) การจัดการข้อมูล (3.) ด้านการป้องกัน (4.) ด้านการรักษา การประเมิการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมิตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} ปี 2564 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 โดยมีเกณฑ์การดำเนินงาน ระดับดีมาก (Excellent) และดีเยี่ยม (Advanced) รายละเอียดตามหนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกัน การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ ปี พ.ศ.2563” สามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ (www.thaincd.com) <table border="1" data-bbox="462 1144 1485 1873"> <thead> <tr> <th data-bbox="462 1144 922 1186">กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}</th><th data-bbox="922 1144 1485 1186">เกณฑ์การประเมิน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="462 1186 922 1365">1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมของทิสสหสาขา (ศปถ.อำเภอ /พชอ.)</td><td data-bbox="922 1186 1485 1365"> -มีการจัดตั้งคณะทำงานคณะอนุกรรมการไปได้ ศปถ.อำเภอหรือพชอ. -มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่วาระการประชุมแบบมีส่วนร่วมความสามารถของสหสาขาของอำเภอ (ศปถ.อำเภอ /พชอ.) </td></tr> <tr> <td data-bbox="462 1365 922 1764">2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง</td><td data-bbox="922 1365 1485 1764"> -จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ เช่น จำนวนครั้ง/การเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต -จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับปีก่อนหน้าเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน -จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินผลตำบลเสี่ยง -จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง -จำแนกถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่หรือทำแผนที่ประกอบ - นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 1.บุคคล 2.สภาวะแวดล้อม 3.ระบบที่เกี่ยวข้อง </td></tr> <tr> <td data-bbox="462 1764 922 1873">3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix</td><td data-bbox="922 1764 1485 1873"> -มีการสอบสวนการเสียชีวิต 1 รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บ 2 รายขึ้นไปหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ โดยใช้ตาราง Haddon's matrix -มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อ ศปถ.อำเภอ /พชอ. </td></tr> </tbody> </table>	กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	เกณฑ์การประเมิน	1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมของทิสสหสาขา (ศปถ.อำเภอ /พชอ.)	-มีการจัดตั้งคณะทำงานคณะอนุกรรมการไปได้ ศปถ.อำเภอหรือพชอ. -มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่วาระการประชุมแบบมีส่วนร่วมความสามารถของสหสาขาของอำเภอ (ศปถ.อำเภอ /พชอ.)	2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง	-จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ เช่น จำนวนครั้ง/การเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต -จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับปีก่อนหน้าเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน -จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินผลตำบลเสี่ยง -จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง -จำแนกถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่หรือทำแผนที่ประกอบ - นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 1.บุคคล 2.สภาวะแวดล้อม 3.ระบบที่เกี่ยวข้อง	3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix	-มีการสอบสวนการเสียชีวิต 1 รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บ 2 รายขึ้นไปหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ โดยใช้ตาราง Haddon's matrix -มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อ ศปถ.อำเภอ /พชอ.
กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	เกณฑ์การประเมิน								
1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมของทิสสหสาขา (ศปถ.อำเภอ /พชอ.)	-มีการจัดตั้งคณะทำงานคณะอนุกรรมการไปได้ ศปถ.อำเภอหรือพชอ. -มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่วาระการประชุมแบบมีส่วนร่วมความสามารถของสหสาขาของอำเภอ (ศปถ.อำเภอ /พชอ.)								
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง	-จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ เช่น จำนวนครั้ง/การเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต -จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับปีก่อนหน้าเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน -จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินผลตำบลเสี่ยง -จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง -จำแนกถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่หรือทำแผนที่ประกอบ - นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 1.บุคคล 2.สภาวะแวดล้อม 3.ระบบที่เกี่ยวข้อง								
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix	-มีการสอบสวนการเสียชีวิต 1 รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บ 2 รายขึ้นไปหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ โดยใช้ตาราง Haddon's matrix -มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อ ศปถ.อำเภอ /พชอ.								

	กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	เกณฑ์การประเมิน
	5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม	-สร้างบันไดผลลัพธ์ เพื่อกำหนดเป้าหมาย เช่น ลดจำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต ในกลุ่มเด็กและเยาวชน จำนวนองค์กรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยเพิ่มอัตราการสมทมนิรภัย เป็นต้น - มีการวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้านในการดำเนินงานตามเป้าหมาย
	6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (problem tree)	- มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงานที่มีสมาชิกมาจาก อบต.,เทศบาล,รพ.สต.,กำนัน,ผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครชุมชน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพอปพร.,อสม.,ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI-team) - มีการจัดตั้ง RTI-team 3 ตำบล - มีการประชุม RTI-team 3 ตำบล - มีกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 3 ตำบล เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยง การทำมาตรการชุมชน ด้านชุมชน มาตรการองค์กร เป็นต้น - ร่วมสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล / ชุมชน (problem tree)
	7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	-ดำเนินการตามมาตรการ แผนงานและกิจกรรมสอดคล้องตามผลการวิเคราะห์ปัญหาของอำเภอ -จำนวนกิจกรรมที่เกิดขึ้น -แสดงรายละเอียดมาตรการ การดำเนินงาน ภาพ/กิจกรรม
	8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (black spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety zone)	-มีการชี้เป้าและจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงโดยการนำเสนอข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย ข้อมูลการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและชี้เป้าจุดเสี่ยง หรือสถานที่ที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียนโรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกิน ขับรถเร็ว จอดไหล่ทาง เป็นต้น
	9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผล เปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต,การบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผล มาตรการ เฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์)	-มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆและประเมินผลข้อมูลการเสียชีวิตการบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาตามบันไดผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ -วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค แรงเสริม-แรงต้าน -มีประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ -มีการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์
	หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ 9 กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับที่วัดผลผลิตหรือผลลัพธ์ได้ สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการประเมิน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.แต่ละอำเภอในจังหวัดหนองคาย	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับคปสอ. : ผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป	
วิธีการประเมิน	ประเมินตามแบบประเมินกรอบการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus} : มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 9 กิจกรรม โดยใช้เกณฑ์การดำเนินงาน ระดับดีมาก (Excellent)	

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564					
ระดับจังหวัด	ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป					
รายการข้อมูล 1	ระดับจังหวัด A = จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus}					
รายการข้อมูล 2	ระดับจังหวัด B = จำนวนอำเภอทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	ระดับจังหวัด : A/B *100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 : อำเภอดำเนินกิจกรรมครบ 9 กิจกรรม ร้อยละ 100					
	รอบที่ 2 : อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ 100)					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 5 อำเภอ				
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 6 อำเภอ				
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 7 อำเภอ				
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 8 อำเภอ				
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 9 อำเภอ				
ระดับคปสอ.	การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ(D-RTI ^{+Plus}) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent)					
รายการข้อมูล	ระดับคปสอ. จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ในระดับดีมาก (Excellent)					
สูตรคำนวณ	ระดับคปสอ : นับกิจกรรมที่ดำเนินการและผ่านในระดับดีมาก (Excellent)					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 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		เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 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	
			2561	2562	2563	
ผ่านการประเมิน D-RTI ^{+Plus} ระดับดี (Good) /ระดับดีมาก (Excellent) /ระดับดีเยี่ยม (Advanced)		ดีมาก	5/4/0	0/8/1	1/8/0	

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562 - 2563						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2562		ปี 2563	
				ผลงาน	ระดับ	ผลงาน	ระดับ
	1	หนองคาย	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดี
	2	ท่าบ่อ	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดีมาก
	3	โพนพิสัย	100	ผ่าน	ดีเยี่ยม	ผ่าน	ดีมาก
	4	ศรีเชียงใหม่	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดีมาก
	5	สังคม	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดีมาก
	6	สระใคร	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดีมาก
	7	เฝ้าไร่	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดีมาก
	8	รัตนวาปี	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดีมาก
	9	โพธิ์ตาก	100	ผ่าน	ดีมาก	ผ่าน	ดีมาก
		รวม	100	82.44	G0/E8/A1	88.88	G1/E8/A0
เอกสารอ้างอิง	หนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในระดับอำเภอ ปี 2563” และสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข						
ผู้รับผิดชอบ	1.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด ติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย				โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026		

การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} ปี 2564 ดังนี้

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

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

กิจกรรม D-RTI ^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		คะแนน
		ไม่มี	มี	
1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขา (พขอ./ศปถ.อำเภอ) (รวม 10 คะแนน)	- มีการจัดตั้งคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ (core team) ภายใต้อ.อำเภอ หรือ พขอ.(5 คะแนน) - มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่วาระการประเมินแบบมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพของอำเภอ (พขอ./ศปถ.อำเภอ/ศปถ.อปท.) (5 คะแนน)			
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกย่อยตำบล และกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล 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 (เกณฑ์การสอบสวนกรณี เสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป)			
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ตาราง Haddon's matrix (รวม 12 คะแนน)	- มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์การสอบสวน กรณีเสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป หรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ (4 คะแนน) - วิเคราะห์แบบแผนการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon's matrix (4 คะแนน) - กรณีเกิดเหตุในพื้นที่ ให้มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ(ตามภาคผนวก ค.) (4 คะแนน)			
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์รากปัญหาได้ (รวม 12 คะแนน)	- นำเสนอแผนภูมิปัญหาที่สำคัญวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้(Problem tree) เพื่อทำการวิเคราะห์รากของปัญหา เช่น กรณีเด็กเยาวชน, เมาแล้วขับ, ขับย้อนศร อื่นๆ (6 คะแนน) - สรุปรากของปัญหาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข(รายละเอียดภาคผนวก ก.เครื่องมือ 5 ชิ้น) (6 คะแนน)			

กิจกรรม D-RTI ^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		คะแนน
		ไม่มี	มี	
5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและ สร้างบันไดผลลัพท์และวิเคราะห์แรงเสริม- แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและ กิจกรรม (รวม 12 คะแนน)	● สร้างบันไดผลลัพท์ เพื่อกำหนดเป้าหมาย เช่น จำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน จำนวนองค์กรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการองค์กร เพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น (6 คะแนน) ● วิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน ในการแก้ไขปัญหาแต่ละเป้าหมาย (รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) (6 คะแนน)			
6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-team) หรือ สปอ.อปท. พร้อมกับ สร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหา ของตำบล/ชุมชน(problem tree) (รวม 10 คะแนน)	● มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงาน ที่มีสมาชิกมาจาก องค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน,อาสาสมัครของชุมชน เช่น อาสาสมัคร กู้ชีพ, อปพร.,อสม., ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลใน การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน หรือเรียกว่า RTI team - มีการจัดตั้ง RTI team ตำบล - มีการประชุม RTI team ตำบล - มีกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของ RTI team ตำบล เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยง การทำมาตรการชุมชน ด้านชุมชน มาตรการองค์กร เป็นต้น (รายละเอียด RTI team ตาม ภาคผนวก ง.) (5 คะแนน) ● ร่วมสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (Problem tree) (รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) (5 คะแนน)			
7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดย สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็น ปัญหาของอำเภอ (รวม 12 คะแนน)	● ดำเนินการมาตรการ แผนงานและกิจกรรมสอดคล้องตามผลการ วิเคราะห์ปัญหาของอำเภอ (3 คะแนน) ● จำนวนมาตรการ/กิจกรรมที่เกิดขึ้น (6 คะแนน) ● แสดงรายละเอียดมาตรการดำเนินงาน ภาพ/กิจกรรม (3 คะแนน)			
8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความ เสี่ยง(black spot) หรือ การจัดให้มีโซน ถนนปลอดภัย (Safety zone) (รวม 10 คะแนน)	● มีการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง โดยการนำข้อมูลของ หน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย หรือข้อมูลจากการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหา และชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียน โรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกิน ขับรถเร็ว จอดรถไหล่ทาง เป็นต้น (3 คะแนน) ● การนำเสนอข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขในการประชุม ทีมสหสาขา เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไขทั้งเชิงกายภาพ หรือการ แก้ไขพฤติกรรม เช่น การขับรถย้อนศร การจอดบนไหล่ทางของ รถใหญ่ การบรรทุกเกิน เช่น รถบรรทุกอ้อย เป็นต้น (2 คะแนน) ● กรณีมีการกำหนดพื้นที่เป็น Safety zone ให้เสนอรายละเอียด ของมาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่นั้น เช่น การจำกัด ความเร็ว เขตสวมหมวกนิรภัย แก้ไขจุดเสี่ยง ปรับปรุงกายภาพ ติดตั้งป้าย เป็นต้น (3 คะแนน) ● ระบุการแก้ไข ภาพถ่าย ตำแหน่ง ที่ตั้ง พิกัด เช่น ซี่งถนนหรือทาง แยก หมู่ที่..ตำบล..อำเภอ...ที่ดำเนินการ (2 คะแนน)			

กิจกรรม D-RTI ^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		คะแนน
		ไม่มี	มี	
9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์) (รวม 10 คะแนน)	● มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน กิจกรรมต่างๆ และประเมินผลข้อมูลการเสียชีวิต, การบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา/ตามบันไดผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ (2 คะแนน) ● วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค(แรงเสริม-แรงต้าน) (2 คะแนน) ● มีการประเมินผลมาตรการ เฉพาะบางมาตรการ (3 คะแนน) ● มีการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์(รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) (3 คะแนน)			
หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ 9 กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับที่วัดผลผลิตหรือผลลัพธ์ได้ สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการประเมิน				

ผลการประเมิน รอบที่ 1 /2564	ผลการประเมิน รอบที่ 2 /2564
-จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์..... กิจกรรม คะแนน -จำนวนกิจกรรมที่ไม่ผ่านเกณฑ์..... กิจกรรม คะแนน	-จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์..... กิจกรรม คะแนน -จำนวนกิจกรรมที่ไม่ผ่านเกณฑ์..... กิจกรรม คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 27/24/-	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10												
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : ขั้นตอน												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25), สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ , สาขามะเร็ง ,สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด)												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564												
ระดับจังหวัด	ลดลงร้อยละ 10												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2563												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2564												
สูตรคำนวณ	$(A-B)/A \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 2</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 4</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 6</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 8</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 10</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 2	2	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 4	3	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 6	4	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 8	5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 10
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 2												
2	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 4												
3	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 6												
4	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 8												
5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 10												
ระดับ คปสอ.	5 ขั้นตอน												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีคณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัด-อำเภอ (ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/อำเภอ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ)</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีการวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อของพื้นที่ (มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</td></tr> </tbody> </table>	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีคณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัด-อำเภอ (ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/อำเภอ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ)	2	มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา	3	มีการวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อของพื้นที่ (มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ				
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีคณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัด-อำเภอ (ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/อำเภอ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ)												
2	มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา												
3	มีการวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อของพื้นที่ (มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ												

		Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ				
	4	มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด				
	5	สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอ				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10		ร้อยละ	เพิ่มขึ้น 57.31%	เพิ่มขึ้น 6.06%	ลดลง 6.88%
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 (ต.ค.62-12 ก.ย.63 HDC)					
	การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ 4 สาขาหลัก		รวม (คน)		ร้อยละ(A-B)/A * 100	
			รวมปี 2562 (A)	รวมปี 2563 (B)		
	สาขาโรคหัวใจ		142	93	ลดลงร้อยละ 34.51	
	สาขาโรคมะเร็ง		268	285	เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.34	
	สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน		23	28	เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.74	
	สาขาทารกแรกเกิด		3	0	ลดลงร้อยละ 100	
	รวม		436	406	ลดลงร้อยละ 6.88	
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (A)	ผลงาน (B)	ร้อยละ (A-B)/A * 100	
	1	หนองคาย	141	153	-8.51	
	2	ท่าบ่อ	159	133	16.35	
	3	โพนพิสัย	56	46	17.86	
	4	ศรีเชียงใหม่	46	38	17.39	
	5	สังคม	4	9	-125	
	6	สระใคร	19	13	31.58	
	7	เผ่าไร่	3	0	100	
	8	รัตนวาปี	2	0	100	
	9	โพธิ์ตาก	6	14	-133.33	
	10	พิสัยเวหา	0	0	0	
		รวม	436	406	6.88	
เอกสารอ้างอิง	แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย					
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ สสจ.หนองคาย			โทร.099-5760-280		
	2. น.ส.ศิริโชค ศรีวิเศษ รพ.หนองคาย			โทร.		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ/ ศูนย์ส่งต่อรพ.หนองคาย			โทร. 0 4242 923 ต่อ xxx		

ตัวชี้วัดที่ 28/25/-	อัตราการตายทารกแรกเกิด (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/รพท.ท่าบ่อ/รพช.โพนพิสัย/รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม ยกเว้น รพช.สระใคร/รพช.เผ่าไร่/รพช.รัตนวาปี/รพช.โพธิ์ตาก												
เป้าหมาย	<3.8 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการตายทารกแรกเกิด												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 1,000$												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 7.8: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 6.8: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 5.8: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 4.8: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 3.8: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 7.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ	2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 6.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ	3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 5.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ	4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 4.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ	5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 3.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 7.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ												
2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 6.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ												
3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 5.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ												
4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 4.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ												
5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 3.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อย กว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.8 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	2561	2562	2563 (10ด)
			3.34 (15/4,481)	2.96 (12/4,049)	2.53 (9/3,556)
: ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 กันยายน 2563					
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	ผลงาน/เป้าหมาย	อัตราต่อพัน	ระดับคะแนน
	1	หนองคาย	7/1,909	3.67	5
	2	ท่าบ่อ	0/1,002	0	5
	3	โพนพิสัย	0/558	0	5
	4	ศรีเชียงใหม่	0/29	0	5
	5	สังคม	0/58	0	5
	6	สระใคร	0	0	5
	7	เผ่าไร่	0	0	5
	8	รัตนวาปี	0	0	5
	9	โพธิ์ตาก	0	0	5
	10	พิสัยเวหา	0	0	5
	11	รับส่งต่อ (วัฒนา1 ท่าบ่อ1)	2	NA	NA
		รวม (ทั้งจังหวัด)	9/3,556	2.53	5
ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 กันยายน 2563					
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลการตาย มรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย จาก HDC				
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงกัญญาณี กนกศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการ หอผู้ป่วย NICU โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212		
	นางปริณดา ไตรยะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยNICU โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 08 1749 6251 e-mail : Parindaaso@hotmail.com โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212		

ตัวชี้วัดที่ 29/26/-	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ระดับประคองอย่างมีคุณภาพร้อยละ 40
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วย ระดับประคอง ระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ ติดต่อกับกลุ่มอายุ 0-14, 15-59, 60 ขึ้นไป ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ที่ ได้รับการวินิจฉัยระดับประคอง ระยะท้าย (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึง วาระสุดท้าย โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการ ที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ 1.มีบุคลากรที่สามารถสั่งจ่ายยา จ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/ หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้าย 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 รูปแบบ คณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 1.5 โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioid ตาม คำแนะนำแนวทางการ บริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข 2.มีระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) ตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยแบบ ระดับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ คือ 2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯ หน้า10-18) 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 หน้า33-43) 2.5 ผู้สูงอายุ (อายุ >60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.4 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคองตามข้อบังคับชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯ หน้า 76-80) 2.6 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ระดับประคองระยะท้าย 3.มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับ ผู้ป่วย และครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 (แสดงคุณภาพ การสั่งการรักษาด้วย opioids ดูรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์) 4.ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลระดับประคองระยะท้ายได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับ

	การบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการหอบ เหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) 5.การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่าย ค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกการให้สัมภาษณ์ บ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (แสดงคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง, เกณฑ์ร้อยละ 60) 6.มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรือ อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7.มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมี การบันทึก หัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (ติดตามผลการ ดำเนินการรายงานจาก HDC ไม่ กำหนดเกณฑ์) แบบประเมินตนเอง เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคองข้อ1 – 7 (งาน Service plan) เอกสาร ดังแนบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละ 40 การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ตั้งจากฐาน HDC)
วิธีการประเมิน	1.โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC(Health data center) https://hdcservice.moph.go.th 2 รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care 3.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองระยะ ท้ายในโรงพยาบาล (workload) 4.การติดตามประเมินโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยประคับประคองจังหวัดและเขต สุขภาพ 5.การสอบถาม เอกสารแนวทางปฏิบัติต่างๆ
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1: ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2: ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Opioid - ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ - รายการยา 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) และ ยา 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 ผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับราย ครั้ง/ซ้ำ					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 20				
	2	การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 25				
	3	การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 30				
	4	การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 35				
	5	การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ		ร้อยละ	N/A	85.26 ข้อมูล: ทะเบียนหน่วยบริการ	47.25 ข้อมูล: HDC
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5)	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Opioid	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	251	139	55.38	
	2	ท่าบ่อ	112	54	48.21	
	3	โพนพิสัย	153	70	45.75	
	4	ศรีเชียงใหม่	5	2	40.00	
	5	สังคม	63	23	36.51	
6	สระใคร	34	5	14.71		
7	เผ่าไร่	27	18	66.67		
8	รัตนวาปี	124	53	42.74		
9	โพธิ์ตาก	14	6	42.86		
	รวม	783	370	47.25		

เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินงานด้าน palliative อย่างคล่องตัว รวมทั้งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยตามตัวชี้วัด 2. บัญชียาแต่ละโรงพยาบาล 3. แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) 4. กิจกรรม Family Meeting และการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่าย ค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกการนัดหมาย เยี่ยม บ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 6. เครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. การบันทึกเหตุการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 8. แบบประเมินตนเอง เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคองข้อ 1-7 (งาน Service plan)	
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงโมฬี นาคสาร	โทร. 089-7127906
	นางลำยอง เลขนอก	โทร. 089-6179089
	นางกนกกร ราชป้องกัน	โทร. 097-0363517
	เภสัชกรหญิง กฤษติยา พุ่มบัว	โทร. 089-8418107
	นางนุชรินทร์ ชัยชมพู	โทร. 087-4263587
	โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 042-413456 ต่อ 506
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 081-9778442
	นายเทอดไทย เหมืองทอง	โทร. 082-1240925
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 042-465067 ต่อ 123

เอกสารแนบท้าย

แบบประเมินตนเอง (Check list)

เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยระดับประคับประคอง ข้อ 1-7 (งาน Service plan)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล ให้ได้คุณภาพและมีประสิทธิภาพเกณฑ์ตัวชี้วัด

หัวข้อ	เนื้อหา	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
1	มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา 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 รูปแบบ คณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioid ตาม กรอบ บัญชียาขึ้นตำที่กระทรวงแนะนำ ● โรงพยาบาล ระดับ A,S: รพ.หนองคาย 1.Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือMO IR 10mg tab 2.MST 10 mg tab 3.MST 30 mg tab 4.Kapanol cap 5.MO inj 6.Fentanyl patch ● โรงพยาบาล ระดับ M1,M2:รพ.ท่าบ่อรพ.โพนพิสัย 1.Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือMO IR 10mg tab 2.MST 10 mg tab 3.MST 30 mg tab 4.MO inj 5.Fentanyl patch ● โรงพยาบาล ระดับ F1 F2 F3 :รพ.ศรีเชียงใหม่,รพ.สังคม,สระใคร,รพ.ฝ้าไร่, รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก 1.Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือMO IR 10mg tab 2.MST 10 mg tab 3.MO inj		
2	มีระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์		

หัวข้อ	เนื้อหา	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
3	มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8		
4	ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลระดับประคับประคองระยะท้ายได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เช่น อาการหอบ เหนื่อย (dyspnea/ breathlessness) ฯลฯ (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care)		
5	มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกรหัสการเยี่ยม บ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5		
6	มีเครือข่ายการดูแลระดับประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน		
7	มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลระดับประคับประคอง โดยมี การบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5		

ตัวชี้วัดที่ 30/27/-	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 ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลังการฝังเข็ม 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 2563 รพ./รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9 แห่ง ดังนี้ - รพ. ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ 4 แห่ง ได้แก่ รพ.ท่าบ่อ, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.โพธิ์ตาก, และรพ.เผ้าไร่ - รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.วัดธาตุ, รพ.สต.หาดคำ, รพ.สต. บ้านท่าจาน, รพ.สต.ค่ายบกหวาน, และรพ.สต.คอกช้าง 3. หน่วยบริการทั้งหมด หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข 4. ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ประชาชนได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 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. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. จังหวัดประเมินมาตรฐานการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564	
ระดับจังหวัด	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 80	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนแห่งหน่วยบริการมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนแห่งหน่วยบริการทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด/ 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	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 12
	2	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18
	3	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 24
	4	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 30
	5	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2561	2562	2563	
	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		ร้อยละ	-	90.70	87.21	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	1	หนองคาย	338,964	65,580	19.35		
	2	ท่าบ่อ	240,372	47,198	19.64		
	3	โพนพิสัย	217,014	78,054	35.97		
	4	ศรีเชียงใหม่	61,515	13,164	21.40		
	5	สังคม	95,083	54,095	56.89		
	6	สระใคร	51,162	12,089	23.63		
	7	เผ้าไร่	86,094	26,693	31.00		
	8	รัตนวาปี	66,980	21,473	32.06		
	9	โพธิ์ตาก	37,590	11,148	29.66		
	10	พิสัยเวช	31,562	3,404	10.79		
		รวม	1,226,336	332,898	27.15		
		ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
		1	หนองคาย	20	15	75.00	
		2	ท่าบ่อ	11	10	90.91	
		3	โพนพิสัย	16	16	100	
		4	ศรีเชียงใหม่	7	6	85.71	
		5	สังคม	6	6	100	
		6	สระใคร	4	3	75.00	
		7	เผ้าไร่	8	7	87.50	
		8	รัตนวาปี	7	7	100	
		9	โพธิ์ตาก	6	5	83.33	
		10	พิสัยเวช	1	0	0	
			รวม	86	75	87.21	
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ขั้นตอนการรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แพ้ม 5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 6. ภาพกิจกรรม						
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.จรัสศรี อาจศิริ			โทร. 08 1544 7472			
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			โทร. 0 4242 923 ต่อ 109			

ตัวชี้วัดที่ 31/28/-	การดูแลสุขภาพจิต	
	1) 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 2564 รอบที่ 2:ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม2564	
ระดับจังหวัด		
สูตรคำนวณ	$\text{อัตราการฆ่าตัวตาย} = \frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2564} \times 100,000}{\text{ประชากรกลางปี}}$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	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
ระดับ คปสอ.		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในปีงบประมาณ 2564	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลางปี 2563	
สูตรคำนวณ	สูตรการหาอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ = $(A \times 100,000) / B$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ 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

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2561	2562	2563	
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ		อัตรา	5.38	3.72	4.02	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563						
	ลำดับ	คปสอ.	ประชากรกลางปี	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ		อัตรา	
	1	หนองคาย	150,780	3		1.99	
	2	ท่าบ่อ	82,910	1		1.21	
	3	โพนพิสัย	98,984	4		4.04	
	4	ศรีเชียงใหม่	30,860	2		6.48	
	5	สังคม	25,506	4		15.68	
เอกสารอ้างอิง	6		สระใคร	26,930		1	3.71
	7		เผ่าไร่	52,256		5	9.57
	8		รัตนวาปี	38,768		0	0
	9		โพธิ์ตาก	15,341		1	6.53
			รวม	521,886		21	4.02
	1. โปรแกรม รง 506s (www.suicidethai.com)						
	2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม						
	ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. (มือถือ) 089-7102475		
		นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา			โทร. (มือถือ) 091-0607182		
		งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ			โทร. 0 424 13354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 31/28/-	การดูแลสุขภาพจิต												
	2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 75												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems -10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป												
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ.												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม Hosxp / 43 แฟ้ม												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2:ตุลาคม 2562 – กรกฎาคม 2564												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2564												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามูลค่าประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ $\text{จำนวนประชากรกลางปีอายุ 15 ปีขึ้นไป} \times \text{ค่าประมาณการ (2.7)}$ 100												
สูตรคำนวณ	สูตรการหาร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = $(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55	2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60	3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65	4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70	5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55												
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60												
3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65												
4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70												
5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75												
ระดับ คปสอ.													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2564												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามูลค่าประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ $\text{จำนวนประชากรกลางปีอายุ 15 ปีขึ้นไป} \times \text{ค่าประมาณการ (2.7)}$ 100												

สูตรคำนวณ	สูตรการหาร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55			
	2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 60			
	3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65			
	4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70			
	5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ		ร้อยละ	2561	2562
				56.74	67.46
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	3418	3158	92.39
	2	ท่าบ่อ	1910	1947	101.93
	3	โพนพิสัย	2206	1989	90.16
	4	ศรีเชียงใหม่	703	701	99.71
	5	สังคม	560	755	134.82
	6	สระใคร	596	401	67.28
	7	เผ่าไร่	1163	1196	102.83
	8	รัตนวาปี	859	699	81.37
	9	โพธิ์ตาก	344	305	88.66
		รวม	11759	11151	94.82
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม HOSXP 2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. (มือถือ) 089-7102475	
	นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา			โทร. (มือถือ) 091-0607182	
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ			โทร. 0 424 13354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 32/29/-	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) โดยที่อาจจะไม่มีหรือไม่มีภาวะ 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 การติดเชื้อมาที่บ้านหรือที่ชุมชน 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 การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป 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 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษากลับผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

	ต่างๆ 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 รพ.ท่าบ่อและรพ.โพนพิสัย ทบทวนให้ได้ร้อยละ 50 6.2 รพ.อื่นๆ ได้แก่ รพ.ศรีเชียงใหม่/รพ.สังคม/รพ.สระใคร/รพ.เฝ้าไร่/รพ.รัตนวาปี และ รพ.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 นางกัญญณณณ์ พรหมเขจร : say12909@gmail.com												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทุกระดับ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : <ร้อยละ 30												
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ Cockpit - HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562– กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562– กรกฎาคม 2563												
จังหวัด/คปสอ.	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 30												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ที่ลง 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 Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>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 35</td></tr> </tbody> </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 35
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 35												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
			2559	2560	2561	2562	2563
	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ร้อยละ <ร้อยละ 30	22.86	24.96	37.33	40.53	25.38

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	578	209	36.16
2	ท่าบ่อ	223	44	19.73
3	โพนพิสัย	72	4	5.56
4	ศรีเชียงใหม่	33	3	9.09
5	สังคม	22	4	18.18
6	สระใคร	33	0	0
7	เผ่าไร่	63	1	0
8	รัตนวาปี	10	0	0
9	โพธิ์ตาก	13	1	7.69
10	พิสัยเวหา	1	0	0
	รวม	1,048	246	25.38

ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 กันยายน 2563

เอกสารอ้างอิง	1.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 3. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้รับผิดชอบ	นางสาวจินตาทรา มั่งคะละ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. : 042-413456-65 ต่อ 223 e-mail : -
	นางกัญญ์ณณัฐ 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 $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mm Hg}$

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 $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 200$ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > 2.0 mg/dL (176.8 $\mu\text{mol/L}$)

Bilirubin > 2 mg/dL (34.2 $\mu\text{mol/L}$)

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 $\leq 100 \text{ mm Hg}$

3) Respiratory rate $\geq 22/\text{min}$

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

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ใช้)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ร่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ชี้นิ่ง นึกขึ้น	ตื่นดี บุคคลอยู่เบื้องหน้า	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสับสน	ซึมมาก ค้องกระสับกระส่าย	ไม่รู้รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤ 500	501-999	$\geq 1,000$			
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)

นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

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

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ 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 = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$

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

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

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

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

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 33/30/-	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 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุก ราย ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก ภายใต้โครงการ Capture the fracture โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck fracture S72.000-S72.019 2. Intertroch S72.100- S72.101, S72.110- S72.111 3. Subtroch S72.20, S72.21 กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Compression spine S22, S32 2. Distal radius S52 3. Ankle M80 4. Distal femur S72 5. Plateau S82 6. Proximal humerus S42 ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ 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 โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วย

	ประสานและดำเนินการ (Liaison) สหสาขาวิชาชีพหมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด 2. โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2.1 รพท.หนองคาย 2.2 รพร.ท่าบ่อ	
เป้าหมาย	1. จำนวน รพ.ระดับ S, M2 ที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 10 ของจังหวัด 1.1 Refracture $\leq$ ร้อยละ 30 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50 ขึ้นไป	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43/แฟ้ม HDC	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2562-กุมภาพันธ์ 2563 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2562-กรกฎาคม 2563	
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

ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	2. เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	Refracture ≤ ร้อยละ 50					
	2	Refracture ≤ ร้อยละ 45					
	3	Refracture ≤ ร้อยละ 40					
	4	Refracture ≤ ร้อยละ 35					
	5	Refracture ≤ ร้อยละ 30					
ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	3. เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 10 ขึ้นไป					
	2	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 20 ขึ้นไป					
	3	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 30 ขึ้นไป					
	4	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 40 ขึ้นไป					
	5	ผ่าตัดแบบ Early surgery ≥ร้อยละ 50 ขึ้นไป					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2560	2561	2562	2563
	1. โรงพยาบาล S/M ที่มีทีม Capture the fracture		ร้อยละ 10	NA	100 (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)
	2. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)		≤ร้อยละ 30	8.75	0	0	0
	3. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)		≥ร้อยละ 50 ขึ้นไป	16.61	26.86 (18/67)	50 (18/36)	52.94 (27/51)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
	1	หนองคาย					
		ทีม Capture the fracture	1	1	100		
		- Refracture	36	0	0		
		- Early surgery	36	16	44.44		
	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	นายแพทย์กฤษฏา ศรีกุลวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 089-1795273 E-mail : kritsada_s@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 223				
	นางสิวิณี หนุ่มขุนทด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 086-8519857 E-mail : Kaisiwi@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 413				

ตัวชี้วัดที่ 34/-/-	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/เซลล์ในครั้งที่ เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-วันสุดท้ายของการ รักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา,เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจ ชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัย เช่นวันทำ Imaging โดยนับจาก การตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจการรักษามะเร็งเป็นต้น-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาล อื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่ รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ 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/เซลล์ในครั้งที่ เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก- วันสุดท้าย ของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่นรังสีรักษา,ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับ จากวันที่ผ่าตัด)-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบ เดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อ การสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ 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 เคมี บำบัด หรือ รังสีรักษา 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วัน แรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษา วันแรกไม่เกิน 6 สัปดาห์ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic มะเร็ง 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูง 5 อันดับแรก ที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาล ซึ่งจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก คือ 1.มะเร็งเต้านม 2.มะเร็งตับและ มะเร็งท่อน้ำดี 3.มะเร็งลำไส้ 4.มะเร็งปอด 5.มะเร็งปากมดลูก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา																											
เป้าหมาย	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 80% 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 80% 3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 80%																											
วิธีการประเมิน	-แบบรายงานผู้ป่วย ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล Thai cancer base -โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC																											
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : กุมภาพันธ์ -มีนาคม 2564 รอบที่ 2 : มิถุนายน-กรกฎาคม 2564																											
รายการข้อมูล 1	A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด																											
รายการข้อมูล 2	B (S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน																											
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100																											
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="3">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="3">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 40%</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="3">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 50%</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="3">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 60%</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="3">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 70%</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="3">ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 80%</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 40%			2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 50%			3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 60%			4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 70%			5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 80%		
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																											
1	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 40%																											
2	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 50%																											
3	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 60%																											
4	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 70%																											
5	ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ≥ 80%																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	KPI		ผลการดำเนินงาน																									
			2561	2562	2563																							
	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดภายในหลังวินิจฉัย ภายใน 4 สัปดาห์ ≥ร้อยละ 80		79.63	94.53	86.51																							
	ผู้ป่วยมะเร็งได้รังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ร้อยละ 80		91.11	95.56	75																							
ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ร้อยละ 80		85.11	100	95.57																								
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 ตั้งพรชูวงศ์		โทร. 097-3024137																									
	โรงพยาบาลหนองคาย		โทร 042 413456-65																									

ตัวชี้วัดที่ 35/31/-	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m ² /yr
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	- CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	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 ≥ 15
เป้าหมาย	ร้อยละ 66
วิธีการประเมิน	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
ระดับ	ระดับจังหวัด และ ระดับ คปสอ.
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณ	A/B x 100

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr < ร้อยละ 60				
	2	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 60				
	3	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 62				
	4	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 64				
	5	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 66				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr		ร้อยละ	57.78	59.13	61.15
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	1,599	995	62.23	
	2	ท่าบ่อ	1,105	659	59.64	
	3	โพนพิสัย	558	353	63.26	
	4	ศรีเชียงใหม่	515	323	62.72	
	5	สังคม	327	230	70.34	
	6	สระใคร	331	165	49.85	
	7	เผ่าไร่	363	223	61.43	
	8	รัตนวาปี	448	250	55.80	
	9	โพธิ์ตาก	191	128	67.02	
	10	พิสัยเวส	5	2	40.00	
		รวม	5,442	3,328	61.15	
เอกสารอ้างอิง	1. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2. HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลจิต บุตรเวทย์			โทร. 089 7102475		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 36/32/-	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน																																																
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																
คำอธิบาย	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400																																																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)																																																
เป้าหมาย	ร้อยละ 90																																																
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 2020 แฟ้ม/HDC/ประเมิน/สำรวจ																																																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563-กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563-กรกฎาคม 2564																																																
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																																																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 70</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 70	2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75	3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80	4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85	5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90																																
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																
1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 70																																																
2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75																																																
3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80																																																
4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85																																																
5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90																																																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน</td><td>ร้อยละ</td><td>96.64</td><td>94.78</td><td>98.52</td><td>99.54</td><td>99.37</td></tr></table> <table><tr><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563</th></tr><tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>925</td><td>915</td><td>98.91</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>681</td><td>681</td><td>100</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>1,606</td><td>1,596</td><td>99.37</td></tr></table> ข้อมูลจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand 21 ก.ย. 2563					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					2559	2560	2561	2562	2563	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	96.64	94.78	98.52	99.54	99.37	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	925	915	98.91	2	ท่าบ่อ	681	681	100		รวม	1,606	1,596	99.37
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																															
		2559	2560	2561	2562	2563																																											
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	96.64	94.78	98.52	99.54	99.37																																											
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563																																																	
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																													
1	หนองคาย	925	915	98.91																																													
2	ท่าบ่อ	681	681	100																																													
	รวม	1,606	1,596	99.37																																													
เอกสารอ้างอิง	Vision2020 thailand																																																
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวสุรรัตน์ จันทร์หล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกตรวจตา รพ.หนองคาย		โทร. e-mail : 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 37/33/-	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	• ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย • จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี 2563 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2562 เป็นตัวหาร) 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 = 0.9 : 100
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563– กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563– กรกฎาคม 2564
ระดับจังหวัด	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.9: 100
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ 2563
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (เฉพาะ รพท.)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน						
	1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100						
	2	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100						
	3	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100						
	4	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.8 : 100						
	5	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.9 : 100						
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2559	2560	2561	2562	2563
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล		0.9:100	0.58 (513/3)	0.38 (517/2)	0.61 (327/2)	0.33 (302/1)	0.25 (400/1)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563							
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	จำนวน		ร้อยละ (คน)		
				คน	อวัยวะ			
	1	หนองคาย	400	1	ตา:กระจกตา 2 ไต:2 ลิ้นหัวใจ:1 ตับ:1	0.25		
		รวม	400	1		0.25		
เอกสารอ้างอิง	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย							
ผู้รับผิดชอบ	นางปวีณา หาระคุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนัก รพ.หนองคาย			โทร.085-2777085 e-mail: โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 619, 602				

ตัวชี้วัดที่ 38/34/-	การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด	
	1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. ดังนี้ - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2 -3 - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6 - ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงาน ข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานะข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)	
เป้าหมาย	ร้อยละ 55	
วิธีการประเมิน	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาล	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563- กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563- กรกฎาคม 2564	
ระดับจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตาม เกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT(เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (เฉพาะ รพท.)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	Retention Rate ร้อยละ 35
	2	Retention Rate ร้อยละ 40
	3	Retention Rate ร้อยละ 45
	4	Retention Rate ร้อยละ 50
	5	Retention Rate ร้อยละ 55

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ร้อยละ 50 ของผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย (Retention Rate)	ร้อยละ	94.18	81.57	93.22
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
ผู้รับผิดชอบ	นายจารุเกียรติ หิมรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. 087-9543279		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 38/34/-	การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด												
	2) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ 1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน 2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิต ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น 4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง												
เป้าหมาย	ร้อยละ 65												
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563– กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563– กรกฎาคม 2564												
ระดับจังหวัด													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT(เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)												
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>ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 45</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 55</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 65</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 45	2	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 50	3	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 55	4	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 60	5	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 65
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 45												
2	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 50												
3	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 55												
4	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 60												
5	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน ร้อยละ 65												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	หน่วยวัด		2561	2562	2563
			-	62.01	56.61
	ร้อยละ 60 ของ ผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการ ประเมินบำบัดรักษาและ ติดตามดูแล ช่วยเหลือตาม ระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง				
เอกสารอ้างอิง	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) และปรับปรุงนิยามจากเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V screening test)				
ผู้รับผิดชอบ	นายจารุเกียรติ หิมารัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. 087-9543279		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 39/35/-	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																		
คำอธิบาย	การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (Medically stable) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการ การดูแลทางการแพทย์ พยาบาล หรือ สหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (Intermediate bed หรือ Intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการ และเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BIS=20 Intermediate bed หมายถึง ให้บริการ Less-Intensive IPD rehab program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อย 3 สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care) อ้างอิงโดย (ร่าง) Intermediate care Service plan กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากค่านิยมของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้คำจำกัดความได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อนกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศและ Best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (Acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเต็มช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว รพช.ระดับ M/F หมายถึง รพช. ทุกแห่งจำนวน 8 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-S12, S20-S22, S30-S32, S14, S24, S34, G82.0, G82.5, T91.1-T91.3 KPI ตามประชากรเป้าหมายจัดบริการ Intermediate care เน้น 3 โรคสำคัญ KPI วัดผลลัพธ์การดำเนินงานประกอบด้วย <table border="1"> <thead> <tr> <th>KPI</th><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)</td><td>75</td><td>100</td><td>100</td></tr> <tr> <td>2.ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน BIS<15 หรือ BIS≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน BIS=20</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td></tr> <tr> <td>3.มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการติดตามผ่าน Google form อย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่อง</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>			KPI	2564	2565	2566	1.ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	75	100	100	2.ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน BIS<15 หรือ BIS≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน BIS=20	65	70	75	3.มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการติดตามผ่าน Google form อย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่อง	80	90	100
KPI	2564	2565	2566																
1.ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	75	100	100																
2.ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน BIS<15 หรือ BIS≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน BIS=20	65	70	75																
3.มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการติดตามผ่าน Google form อย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่อง	80	90	100																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช.ทุกแห่ง (8 แห่ง)																		

เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะ กลางเป้าหมาย 8 แห่ง ระดับ คปสอ. : 5 ขั้นตอน	
วิธีการประเมิน	รายงานตามฐานข้อมูลการดูแลระยะกลาง	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2: ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564	
ระดับจังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 2 แห่ง
	2	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 3 แห่ง
	3	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 4 แห่ง
	4	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 5 แห่ง
	5	สถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 6 แห่ง
ระดับ คปสอ.	ใช้วัดทั้งรอบที่ 1 และ 2	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1.1 โรงพยาบาล M/F มีการวิเคราะห์ศักยภาพการให้บริการ Intermediate care ใน 3 โรคสำคัญ 1.2 มีคำสั่งผู้รับผิดชอบ Intermediate care เชื่อมโยงเครือข่ายบริการทุกระดับ 1.3 มีฐานข้อมูล 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย ได้แก่ 1. Stroke I60-I64, G81.0-G81.1, G81.9 2. Traumatic brain injury S061-S069, T90.5 3. Spinal cord injury S10-S12, S20-S22, S30-S32, S14, S24, S34, G82.0, G82.5, T91.1-T91.3
	2	มี 1 และ มีผลการดำเนินการผ่านตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด
	3	มี 1 และ มีผลการดำเนินการผ่านตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด
	4	มี 1 และ มีผลการดำเนินการผ่านตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด
	5	มี 1 และ มีผลการดำเนินการผ่านตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัวชี้วัด

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	ร้อยละ	25 (2/8) (สระใคร ,รัตนวาปี)	50 (4/8) (สระใคร,รัตนวาปี, ศรีเชียงใหม่,สังคม)	75 (6/8) (สระใคร,รัตนวาปี, ศรีเชียงใหม่,สังคม, ท่าบ่อ,เผ่าไร่)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	-	-	-
	2	ท่าบ่อ	2	2	100
	3	โพนพิสัย	2	0	0
	4	ศรีเชียงใหม่	2	2	100
	5	สังคม	2	2	100
	6	สระใคร	2	2	100
	7	เผ่าไร่	2	2	100
	8	รัตนวาปี	2	2	100
	9	โพธิ์ตาก	2	0	0
	10	พิสัยเวหา	-	-	-
		รวม	18	12	75
เอกสารอ้างอิง	1. การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH, 2. Intermediate Care System NHS UK, 3. British Geriatrics Society 4. รายงานภาวะโรค IHPP 2556, 5. HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางวันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ นายแพทย์ชำนาญการ		โทร.0869360708 e-mail: wanrattha@gmail.com โทร.042413456-65 ต่อ 223		
	นายสุภาวุฒิ ทองท่ามา นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ		โทร.0942844756 e-mail: top_s_zaa@hotmail.com		
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร.0885713729		
	นายสมพร เจือจันทิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		โทร.0895711175		
	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย		โทร.042413456-65 ต่อ 172		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย		โทร. 042422923 ต่อ120		

ตัวชี้วัดที่ 40/36/-	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 6. Esophageal stricture 7. Esophagogastric cancer with obstruction 8. Colorectal polyp 9. Common bile duct stone 10. Pancreatic duct stone 11. Bile duct stricture 12. Pancreatic duct stricture 13. Foreign body of upper Gastrointestinal Tract 14. Pterygium Excision 15. Female sterilization 16. Percutaneous fracture fixation 17. Fistula in ano 18. Perirectal, Perianal abscess 19. Breast abscess 20. Vesicle stone 21. Ureteric stone 22. Urethral stone 23. Urethral stricture 24. Anal fissure 25. Orchidectomy 26. Hysteroscopy 27. Amputation finger 28. Wide excision breast mass 29. Simple mastectomy 30. Breast conservative surgery 31. Tongue tie release

ปี 2561

ปี 2562

ปี 2563

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery 2. เป้าหมาย รพ. 2 แห่ง คือ รพท.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ					
เป้าหมาย	ร้อยละ 20					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563-กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563-กรกฎาคม 2564					
ระดับจังหวัด	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 20					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (เฉพาะ รพท.)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 12				
	2	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 14				
	3	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 16				
	4	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 18				
	5	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 20				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
			2560	2561	2562	2563
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ 20	100 (107/107)	57.5 (80/46)	80.55 (36/29)	14.95 (214/32)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	214	32	14.95	
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 41/-/-	โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	คลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย คือ หน่วยบริการที่ได้รับใบอนุญาตรักษาเพื่อจำหน่าย เพื่อการรักษา เปิดให้บริการการใช้รักษาทางการแพทย์ ด้วยตำรับยาแผนไทยที่มีรักษาปรุงผสมอยู่หรือผลิตภัณฑ์รักษา 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.มีระบบการบริหารจัดการสารสนเทศรักษาทางการแพทย์เพื่อให้มียาที่เพียงพอ 3.โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการรักษา ทางแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
วิธีการประเมินแหล่งข้อมูล	1. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและกรมการ แพทย์ 2. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การให้บริการรักษาทางการแพทย์เขตสุขภาพ และจังหวัด 3. การสำรวจและการรายงาน 4. จากการลงข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม C-MOPH
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
ระดับจังหวัด	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 1 ข้อ		
	2	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 2 ข้อ		
	3	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 3 ข้อ		
	4	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 4 ข้อ		
	5	มีการดำเนินงานครบถ้วนตามเกณฑ์เป้าหมาย 5 ข้อ		
เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 3 ข้อ		
	2	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 4 ข้อ		
	3	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 5 ข้อ		
	4	มีระดับคะแนนที่ 3 และ มีระบบการบริหารจัดการสารสนเทศกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้มียาที่เพียงพอ		
	5	มีระดับคะแนนที่ 4 และ โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย		
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัววัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2562 2563
	โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทาง การแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย		ร้อยละ	N/A 100
เอกสารอ้างอิง	1.คู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชา ในสถานบริการสุขภาพโดย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก วันที่ 26-27 สิงหาคม 2562 2.หนังสือรูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข			
ผู้รับผิดชอบ	นายปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.หนองคาย		โทร. 042-412465-569 ต่อ 223	
	นายสมภพ ดวงแก้ว เกษีชรปฏิบัติการ รพ.หนองคาย		โทร. 081-5453714	
	นางปิยะมาศ ปรีชฎา เกษีชรชำนาญการ สสจ.หนองคาย		โทร. 083-2906287	
	นางสาวกนกวรรณ โฉสูงเนิน เกษีชร รพ.หนองคาย		โทร. 084-7422057	
	นางโสภิญา ผันผิน แพทย์แผนไทยชำนาญการ รพ.หนองคาย		โทร.	

ตัวชี้วัดที่ 42/37/17	การดูแลสุขภาพช่องปาก					
	1) อัตราการให้บริการ ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ในหญิงตั้งครรภ์โดยทันต					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำนิยาม	การให้บริการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน หมายถึง การให้บริการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน รวมถึงการการขูดหินน้ำลายซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการภายในครั้งเดียวกัน หรือ การนัดหมายมาขัดทำความสะอาดฟัน ภายหลังหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการในระหว่างที่ตั้งครรภ์ทันตบุคลากร หมายถึง ทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตฯ)					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นภาพรวม คป.สอ.					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟันโดยทันตบุคลากรจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัม A จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดของปาก					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในงบประมาณจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัม B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สะสมในงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ					
สูตรการคำนวณ	A / B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละ ANC ได้รับการบริการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน			15	35
	2	ร้อยละ ANC ได้รับการบริการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน			20	45
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปี		
				2561	2562	2563
	อัตราการให้บริการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ โดย		ร้อยละ	-	-	13.94*
* เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2563						
* ปี 2563 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)						

ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์	โทร. 089-7106864
	นางนิชานาถ อนุศักดิ์	โทร. 0918655252
	นส.พรพิมล อุตมะ	โทร. 093-3197529
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ 139

ตัวชี้วัดที่ 42/37/17	การดูแลสุขภาพช่องปาก						
	2) อัตราการให้บริการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี						
หน่วยวัด	ร้อยละ						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำนิยาม	เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ หมายถึง การใช้ฟลูออไรด์วานิซินเฉพาะที่และการอมฟลูออไรด์เด็กอายุ 4-12 ปี หมายถึง เด็กอายุ 4-12 ปี 11 เดือน 29 วัน						
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวม คป.สอ.						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ที่ได้รับการบริการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.2. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A -> จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ที่ได้รับการบริการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.2. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ						
สูตรการคำนวณ	A / B x 100						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	ร้อยละการให้บริการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี			15	30	
	2	ร้อยละการให้บริการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี			17.5	35	
	3	ร้อยละการให้บริการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี			20	40	
	4	ร้อยละการให้บริการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี			22.5	45	
	5	ร้อยละการให้บริการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี			25	50	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปี		
					2561	2562	2563
	อัตราการให้บริการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี			ร้อยละ	-	-	55.85
* เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 6 กันยายน 2563							
* ปี 2563 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)							
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์				โทร. 089-7106864		
	นางนิชานาถ อนุศักดิ์				โทร. 091-8655252		
	นส.พรพิมล อุตมะ				โทร. 093-3197529		
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข				โทร. 0 4241 3354 ต่อ 139		

ตัวชี้วัดที่ 42/37/17	การดูแลสุขภาพช่องปาก																																																											
	3) ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้																																																											
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																											
คำอธิบาย	การจัดบริการการเคลือบหลุมร่องฟัน หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันทาบนหลุมร่องฟันที่สึกของฟันกรามแท้ซี่ที่ 6 หรือ 7 ในเด็กอายุ 6-12 ปี เพื่อป้องกันฟันผุ โดยทันตบุคลากร																																																											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี																																																											
เป้าหมาย	ร้อยละ 25																																																											
วิธีการประเมิน	ใช้ข้อมูลผลการบันทึกข้อมูลโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC																																																											
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2563 –กุมภาพันธ์ 2564)																																																											
ประเมินผล	รอบที่ 2 : 10 เดือน (ตุลาคม 2563 –กรกฎาคม2564)																																																											
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้																																																											
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด																																																											
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																																											
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รอบที่ 1	รอบที่ 2																																																						
	1	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			5	12.5																																																						
	2	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			7.5	15																																																						
	3	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			10	17.5																																																						
	4	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			12.5	22.5																																																						
	5	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้			15	25																																																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																								
				2561	2562	2563																																																						
	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้		ร้อยละ	-	9.57	9.11																																																						
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561-2563																																																												
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>เครือข่ายบริการ</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td></tr><tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>13.89</td><td>6.89</td><td>43.89</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>5.18</td><td>9.43</td><td>55.80</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>11.5</td><td>10.41</td><td>51.50</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>10.45</td><td>14.94</td><td>79.31</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>9.38</td><td>5.67</td><td>68.94</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>3.24</td><td>1.57</td><td>37.89</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>9.8</td><td>15.35</td><td>50.82</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>2.41</td><td>5.26</td><td>44.74</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>5.1</td><td>15.72</td><td>43.45</td></tr><tr><td></td><td>จ.หนองคาย</td><td>9.57</td><td>9.11</td><td>50.93</td></tr></table>						ลำดับ	เครือข่ายบริการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	1	เมืองหนองคาย	13.89	6.89	43.89	2	ท่าบ่อ	5.18	9.43	55.80	3	โพนพิสัย	11.5	10.41	51.50	4	ศรีเชียงใหม่	10.45	14.94	79.31	5	สังคม	9.38	5.67	68.94	6	สระใคร	3.24	1.57	37.89	7	เผ่าไร่	9.8	15.35	50.82	8	รัตนวาปี	2.41	5.26	44.74	9	โพธิ์ตาก	5.1	15.72	43.45		จ.หนองคาย	9.57	9.11	50.93
ลำดับ	เครือข่ายบริการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563																																																								
1	เมืองหนองคาย	13.89	6.89	43.89																																																								
2	ท่าบ่อ	5.18	9.43	55.80																																																								
3	โพนพิสัย	11.5	10.41	51.50																																																								
4	ศรีเชียงใหม่	10.45	14.94	79.31																																																								
5	สังคม	9.38	5.67	68.94																																																								
6	สระใคร	3.24	1.57	37.89																																																								
7	เผ่าไร่	9.8	15.35	50.82																																																								
8	รัตนวาปี	2.41	5.26	44.74																																																								
9	โพธิ์ตาก	5.1	15.72	43.45																																																								
	จ.หนองคาย	9.57	9.11	50.93																																																								

	เป้าหมายเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันฟันกรามแท้ซี่ 6 หรือ 7 ปีงบประมาณ 2564 จ.หนองคาย		
	อำเภอ	เด็ก 6-12 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด (คน)	เป้าหมายเด็ก (25% 6-12ปี) (คน)
	เมือง	9,925	2,482
	ท่าบ่อ	4,803	1,201
	โพนพิสัย	7,018	1,755
	พิสัยเวหา	952	238
	ศรีเชียงใหม่	1,967	492
	สังคม	2,260	565
	สระใคร	1,971	493
	เฝ้าไร่	4,151	1,038
	รัตนวาปี	3,021	756
	โพธิ์ตาก	1,107	277
	รวม นค.	37,175	9,294
เอกสารอ้างอิง	1.คูผลงานในระบบ HDC (Health Data Center) ของ สสจ.หนองคาย ที่กลุ่มรายงานมาตรฐาน : 1.1 กลุ่มรายงานมาตรฐาน >>ทันตกรรม (บริการ) >> การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็ก อายุ 6-12 ปี (คน) 1.2 กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก >> OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการ P&P ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) 1.3 รายงาน ทส.002,003 ของระดับอำเภอที่ส่ง สสจ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2564 งวดที่ 1 และ 2		
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์	โทร. 089-7106864	
	นางนิชานาถ อนุศักดิ์	โทร. 0918655252	
	นส.พรพิมล อุดมะ	โทร. 093-3197529	
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ 139	

* เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 6 กันยายน 2563

* ปี 2563 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

ตัวชี้วัดที่ 42/37/17	การดูแลสุขภาพช่องปาก																				
	4) ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)																				
หน่วยวัด	ร้อยละ																				
น้ำหนัก	ร้อยละ																				
คำอธิบาย	กลุ่มอายุ 12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ รวมทั้งภาครัฐและเอกชน (จังหวัดหนองคายให้หมายถึงเด็กที่อยู่ ชั้น ป.6) ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ฟันแท้ปกติ (รวมarrested caries)และ/หรือมีฟันที่อุดแล้วไม่ผุโดยไม่มี ความจำเป็นต้องอุดถอนรักษาคคลองรากฟันหรือบูรณะอื่นได้อีก ฟันผุ หมายถึง ฟันแท้ที่ผุเป็นรู หรือมีฟันที่อุดแล้วผุ และให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย โดยหน่วยบริการจะต้องมีการดำเนินการดังนี้ 1. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล 2. มีการเฝ้าระวังโรคในช่องปากโดยการจ้ดรายงานผลตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปาก เด็กวัยเรียน โดยรอบที่ 1 รายงานเทอมที่ 2 ปีการศึกษา 2563 รอบที่ 2 รายงานเทอมที่ 1 ปี การศึกษา 2564 (ทส.003/6) ระดับอำเภอและตำบล 3. มีการคืนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน 4. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6)																				
เป้าหมาย	ร้อยละ 75																				
วิธีการประเมิน	- รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลผลการบันทึกข้อมูลโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC - รอบที่ 2 ใช้ผลการสำรวจสุขภาพช่องปาก ทส.001-002-003 ระดับ รพ.สต./อำเภอ																				
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2563–กุมภาพันธ์ 2564) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ																				
ประเมินผล	รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2564–กรกฎาคม 2564)																				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6) ที่ปราศจากฟันผุ (caries free)																				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6) ที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน																				
รายการข้อมูล 3	C : จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด																				
สูตรคำนวณ	รอบที่ 2 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ = (A+B)/C x100																				
เกณฑ์การให้คะแนน	สำรวจสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2564 ดังนี้ 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2563 –กุมภาพันธ์ 2564) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ ร้อยละ เด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรมดูจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ 28 <table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td></tr></table> 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2563 –กรกฎาคม 2563) ผลงานร้อยละเด็กอายุ 12 ปี (ป.6) ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) <table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td></tr></table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	10	15	20	25	30	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	50	55	60	65	70
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
10	15	20	25	30																	
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																	
50	55	60	65	70																	

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2560	2561	2562	2563
	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12ปี ฟันดีไม่มีผุ		ร้อยละ	72.11	74.07	74.98	76.37
	ผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2561-2563						
	ลำดับ	เครือข่ายบริการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563		
	1	เมืองหนองคาย	72.86	77.08	73.70		
	2	ท่าบ่อ	80.2	70.15	69.34		
	3	โพนพิสัย	76.74	78.05	89.41		
	4	ศรีเชียงใหม่	78.23	93.68	83.09		
	5	สังคม	58.57	54.88	61.63		
	6	สระใคร	76	67.87	71.61		
	7	เผ่าไร่	70.28	79.94	77.41		
	8	รัตนวาปี	73.48	77.78	75.13		
	9	โพธิ์ตาก	73.13	73.33	77.21		
	10	รพ.พิสัยเวหา	74.81	66.80	77.83		
		จ.หนองคาย	74.07	74.98	76.37		
เอกสารอ้างอิง	ระบบข้อมูลเฝ้าระวังทันตสุขภาพ/รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของทีมจังหวัดและทีมไขว้เครือข่ายบริการปีการศึกษา 2564 (ทส.001, ทส.001/6, 002, 003, 003/6)						
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์			โทร. 089-7106864			
	นางนิษานาถ อนุศักดิ์			โทร. 0918655252			
	นส.พรพิมล อุตมะ			โทร. 093-3197529			
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข			โทร. 0 42413354 ต่อ 139			

ตัวชี้วัดที่ 43/38/-	ระดับความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การดำเนินการในการวางแผนเพื่อส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายใต้แผนสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) โดยสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยมุ่งให้บริการในความเป็นมิตรและสอดคล้องกับความต้องการและสิทธิของวัยรุ่นตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ว่าด้วย สิทธิการตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ประกอบด้วย 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) 2. โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี 3. ความสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัด ดังนี้ 3.1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 1.0 ต่อพันคน 3.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 27 ต่อพันคน 3.3 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13.5 3.4 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่(ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชายและหมันหญิง) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3.5 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร(ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. หญิงอายุ น้อยกว่า 20 ปี ที่มีการคลอดหรือแท้งในระหว่างปีที่มีการเก็บข้อมูล
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับอำเภอ 5 แห่ง ระดับคปสอ. : ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	1. แบบประเมินตนเองตามแนวทางมาตรฐาน YFHS กรมอนามัย 2. การประเมินโดยทีมระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง 3. ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
ระดับจังหวัด	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จำนวน 5 แห่ง

รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ. ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด 1 แห่ง			
	2	คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด 2 แห่ง			
	3	คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด 3 แห่ง			
	4	คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด 4 แห่ง			
	5	คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด 5 แห่ง			
ระดับ คปสอ.	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ				
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40			
	2	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50			
	3	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60			
	4	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70			
	5	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ	แห่ง	-	-	-
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(รพท.,รพช.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) *รพ.ที่ผ่านมาตรฐาน YFHS เกิน 3 ปี ได้แก่ รพ.สังคม, ศรีเชียงใหม่, ท่าบ่อ, หนองคาย, สระใคร และโพนพิสัย	ร้อยละ	66.67 (6/9แห่ง)	100* (9/9แห่ง)	100* (9/9แห่ง)
	โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงอายุไม่น้อยกว่า 20 ปี หลังคลอด/แท้ง	ร้อยละ	40 (4/10แห่ง)	40* (4/10แห่ง)	40* (4/10แห่ง)

	*รพ.ที่ให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ได้แก่ รพ.สังคม,ท่าบ่อ,หนองคาย และโพนพิสัย				
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี	อัตราต่อพันคน	0.48	1.53	0.46
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อพันคน	21.29	23.08	24.69
	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ	12.96	10.37	12.26
	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	22.63	23.86	16.71
	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	79.13	86.96	67.14
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	-	-	-
	2	ท่าบ่อ	-	-	-
	3	โพนพิสัย	-	-	-
	4	ศรีเชียงใหม่	-	-	-
	5	สังคม	-	-	-
	6	สระใคร	-	-	-
	7	เผ่าไร่	-	-	-
	8	รัตนวาปี	-	-	-
	9	โพธิ์ตาก	-	-	-
	10	พิสัยเวหา	-	-	-
		รวม	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2.รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน 3.ฐานข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบและข้อมูลการให้บริการวัยรุ่น 3. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4. แบบประเมินตนเองเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS)/ใบรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ YFHS 5.ข้อมูลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 6.สรุปผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 7.ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	1.พันจ่าโทประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 08 1977 8442			
	2.นายสิริชัย ขำสมบัติ	โทร. 08 1964 3779			
	งานอนามัยวัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 123			

เกณฑ์การให้คะแนน ประเมินความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1.การบริหารจัดการ 5 ขั้นตอน		คะแนนเต็ม 5 คะแนน
1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น 2. มีการประชุมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี/รายงานการ ประชุม 3. มีข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นและเยาวชนและแม่ วัยรุ่นในพื้นที่รับผิดชอบ(จำแนกตามเพศ, อายุ, สถานะการศึกษา, ประเภทของสถานศึกษา, ข้อมูลสถานะสุขภาพ เช่น ภาวะโภชนาการ, สุขภาพจิต,พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สารเสพติด บุหรี่ สุรา, สถานบ้านเชิง) 4. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ 5. มีบุคลากรผู้รับผิดชอบผ่านการอบรมพื้นฐานความรู้ หรือประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงาน ในรอบ 3 ปี	-ขั้นตอนความสำเร็จ 1 = 1 คะแนน -ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2 = 2 คะแนน -ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3 = 3 คะแนน -ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4 = 4 คะแนน -ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4,5 = 5 คะแนน	
2.การจัดบริการ		คะแนนเต็ม 20 คะแนน
2.1 ผลการประเมิน รพ.ตามเกณฑ์ YFHS รอบที่ 1 รพ.มีใบรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ YFHS ไม่เกิน 3 ปี/ส่งแบบการประเมินตนเองตาม เกณฑ์ YFHS รอบที่ 2 รพ.ผ่านตามเกณฑ์ YFHS	- มี/ผ่าน = 10 คะแนน - ไม่มี/ไม่ผ่าน = 0 คะแนน	10
2.2 โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผน ครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่ หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอด/แท้ง	- มี = 10 คะแนน - ไม่มี = 0 คะแนน	10
3.ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง		คะแนนเต็ม 75 คะแนน
1.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 1.0 ต่อพัน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.8 ต่อพัน = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.6 ต่อพัน = 6 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.4 ต่อพัน = 9 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.2 ต่อพัน = 12 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.0 ต่อพัน = 15 คะแนน	15
2.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 27 ต่อพัน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ต่อพัน = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 33 ต่อพัน = 6 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 ต่อพัน = 9 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ต่อพัน = 12 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 27 ต่อพัน = 15 คะแนน	15

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
3.ร้อยละการตั้งครุฑขึ้นในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13.5	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ต่อพัน = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 33 ต่อพัน = 6 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 ต่อพัน = 9 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 ต่อพัน = 12 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13.5 ต่อพัน = 15 คะแนน	15
4.ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = 6 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 9 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 12 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 15 คะแนน	15
5.ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = 6 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 9 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 12 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 15 คะแนน	15

ตัวชี้วัดที่ 44/39/18	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 ดำเนินงานตามเกณฑ์ดังนี้ <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 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับกรณส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>R: RESTROOM (HAS)</td><td>4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)</td><td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td rowspan="2">E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)</td><td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr> <td rowspan="3">NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อกับรพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกันให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)</td><td>✓</td><td>×</td></tr> <tr> <td>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.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 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับกรณส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)	✓	✓	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓	R: RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓	E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓	E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓	NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อกับรพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกันให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)	✓	×	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.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 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับกรณส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)	✓	✓																																																																																				
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	✓	✓																																																																																				
R: RESTROOM (HAS)	4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)	✓	✓																																																																																				
E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	✓	✓																																																																																				
E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ	✓	✓																																																																																				
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	✓	✓																																																																																				
NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก (โดยใช้เกณฑ์ 30 ข้อกับรพ.ทุกระดับ ทั้ง รพช. รพท. รพศ. และกรณีโรงพยาบาลมีการจ้าง out source ให้โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อใน TOR พร้อมกันให้คำแนะนำตามมาตรฐาน)	✓	×																																																																																				
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารของกรมอนามัย (ได้รับใบอนุญาตจาก อปท. พื้นที่ : รพ.หนองคาย, รพ.โพนพิสัยและ รพ.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.พิสัยเวช,																																																																																						

เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 1. ร้อยละ 80 ของ รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 2. ร้อยละ 40 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus 3. จังหวัดมีนวัตกรรมอย่างน้อย 2 เรื่องและขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN สุขุมชน 4. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 : Re-accredit ระดับ คปสอ. : 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป 2. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม : ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50 : Re-accredit ระดับ รพ.สต. : รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ด้านสิ่งแวดล้อม : Re-accredit			
วิธีการประเมิน	1.ทีมประเมินระดับจังหวัด รับรองผลในระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก 2.ทีมที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 รับรองผลในระดับดีมาก Plus			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564			
ระดับจังหวัด	1.ร้อยละ 80 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป		2.ร้อยละ 40 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 40	ร้อยละ 20
	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 25
	3	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 30
	4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 35
	5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 40
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 Pus		
เป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 ของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดตาม ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดตาม ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	(A x 100/B)			

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 10	ร้อยละ 30	
	2	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 15	ร้อยละ 35	
	3	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	
	4	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 25	ร้อยละ 45	
	5	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	

ระดับ รพ.สต.	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดตาม ด้านสิ่งแวดล้อม					

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และผ่านขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 1 กิจกรรม					
	2	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และผ่านขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 2 กิจกรรม					
	3	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และผ่านขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 3 กิจกรรม					
	4	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และผ่านขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 4 กิจกรรม					
	5	รพ.สต.ผ่านขั้นตอนที่ 1 และผ่านขั้นตอนที่ 2 กิจกรรม G-R-E-E-N 5 กิจกรรม					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2560	2561	2562	2563	
	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital		ร้อยละ					
	1.ระดับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป			-	20	40	40	
	2.ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		21.62	70.27	100	27.06		
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560-2563							
	ลำดับที่	คปสอ.	รพ.ผ่านระดับดีมากขึ้นไป			รพ.สต.ผ่านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	1	1	100	20	4	20
	2	ท่าบ่อ	1	1	100	11	3	27.27
3	โพนพิสัย	1	1	100	16	4	25	
4	ศรีเชียงใหม่	1	-	100	7	2	28.57	
5	สังคม	1	1	100	6	2	33.33	
6	สระใคร	1	-	100	4	1	25	
7	เผ่าไร่	1	-	100	8	2	25	
8	รัตนวาปี	1	-	0.00	7	2	28.57	
9	โพธิ์ตาก	1	-	0.00	6	3	50	
10	พิสัยเวหา	1	-	0.00	-	-	-	
	รวม	10	4	40.00	85	23	27.06	

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 ทิพย์สุทธิ์	081-3692360
	กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	โทร. 042-421438, 042-422923, 042-413354 ต่อ 103

ตัวชี้วัดที่ 45/40/19	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน																																																																							
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																							
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																							
คำอธิบาย	1. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย รวมทั้งหมด 85 แห่ง 2. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสีได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชน มีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/ สิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม 3. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ดังนี้ <table><tr><th colspan="4">มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</th></tr><tr><th rowspan="2">องค์ประกอบ</th><th>รพศ./รพท.</th><th>รพช.</th><th>รพ.สต.</th></tr><tr><th>ข้อ</th><th>ข้อ</th><th>ข้อ</th></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</td><td>9</td><td>8</td><td>5</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการภายนอก</td><td>9</td><td>9</td><td>6</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา ผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ</td><td>12</td><td>10</td><td>5</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</td><td>8</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>รวม</td><td>48</td><td>42</td><td>25</td></tr></table> <table><tr><th colspan="6">มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป</th></tr><tr><th>ระดับ</th><th>องค์ประกอบที่ 1</th><th>องค์ประกอบที่ 2</th><th>องค์ประกอบที่ 3</th><th>องค์ประกอบที่ 4</th><th>องค์ประกอบที่ 5</th></tr><tr><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>ดี</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>-</td><td>50 %</td></tr><tr><td>ดีมาก</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>-</td><td>70 %</td></tr><tr><td>ดีเด่น</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td></tr></table>	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม				องค์ประกอบ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.	ข้อ	ข้อ	ข้อ	องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	8	5	องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	10	5	องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการภายนอก	9	9	6	องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา ผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	10	5	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	5	4	รวม	48	42	25	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป						ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5	เริ่มต้นพัฒนา	80 %	80 %	-	-	-	ดี	80 %	80 %	80 %	-	50 %	ดีมาก	80 %	80 %	80 %	-	70 %	ดีเด่น	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม																																																																								
องค์ประกอบ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.																																																																					
	ข้อ	ข้อ	ข้อ																																																																					
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	8	5																																																																					
องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	10	5																																																																					
องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการภายนอก	9	9	6																																																																					
องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษา ผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	10	5																																																																					
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	5	4																																																																					
รวม	48	42	25																																																																					
มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป																																																																								
ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5																																																																			
เริ่มต้นพัฒนา	80 %	80 %	-	-	-																																																																			
ดี	80 %	80 %	80 %	-	50 %																																																																			
ดีมาก	80 %	80 %	80 %	-	70 %																																																																			
ดีเด่น	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %																																																																			

	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
	สำหรับโรงพยาบาลชุมชน					
	ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
	เริ่มต้นพัฒนา	70 %	70 %	-	-	-
	ดี	70 %	70 %	70 %	-	50 %
	ดีมาก	70 %	70 %	70 %	-	60 %
	ดีเด่น	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
	สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
	ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
	เริ่มต้นพัฒนา	50 %	-	50 %	-	-
	ดี	70 %	70 %	70 %	-	50 %
ดีมาก	70 %	70 %	70 %	-	60 %	
ดีเด่น	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย รวมทั้งหมด 85 แห่ง					
เป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 100 และระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 30					
วิธีการประเมิน	1.ทีมประเมินระดับจังหวัด รับรองผลในระดับเริ่มต้นพัฒนา - ระดับดีมาก 2.ทีมส่วนกลาง กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รับรองผลระดับดีเด่น					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564					
ระดับจังหวัด /คปสอ.	หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด					
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.และ คปส.) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป					
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.และ คปส.) ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 100 + ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 10				
	2	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 100 + ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 15				
	3	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 100 + ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 20				
	4	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 100 + ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 25				
	5	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 100 + ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 30				

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 30 + ผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 10				
	2	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 40 + ผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 20				
	3	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 50 + ผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 30				
	4	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 60 + ผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 40				
	5	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 3 ร้อยละ 70 + ผ่านองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 50				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต (รวมศูนย์บริการ สาธารณสุขเทศบาล เมืองหนองคาย	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 10				
	2	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 20				
	3	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 30				
	4	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 40				
	5	ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนา+ผ่านองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 50				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการ อาชีวอนามัยได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน		ร้อยละ	100 (85 แห่ง)	100 (85 แห่ง)	97.65 (83 แห่ง)

ผลการตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2563								
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (แห่ง)	ระดับมาตรฐานที่ได้รับการรับรอง (แห่ง)					ร้อยละ
			เริ่มต้นพัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ไม่ผ่าน	
1	เมือง	20	13	2	2	1	2	90
2	ท่าบ่อ	11	11	0	0	0	0	100
3	โพนพิสัย	16	14	2	0	0	0	100
4	ศรีเชียงใหม่	7	6	0	1	0	0	100
5	สังคม	6	5	0	1	0	0	100
6	สระใคร	4	3	0	1	0	0	100
7	เผ่าไร่	8	7	1	0	0	0	100
8	รัตนวาปี	7	5	2	0	0	0	100
9	โพธิ์ตาก	6	6	0	0	0	0	6
รวม		85	70	7	5	1	2	97.65

ลำดับ	โรงพยาบาล	ผลการรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย			
		2560	2561	2562	2563
1	หนองคาย	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
2	ท่าบ่อ	พื้นฐาน	พื้นฐาน	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา
3	โพนพิสัย	พื้นฐาน	พื้นฐาน	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา
4	ศรีเชียงใหม่	พื้นฐาน	พื้นฐาน	เริ่มต้นพัฒนา	ดีมาก
5	สังคม	พื้นฐาน	พื้นฐาน	เริ่มต้นพัฒนา	ดีมาก
6	สระใคร	พื้นฐาน	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา
7	เผ่าไร่	พื้นฐาน	พื้นฐาน	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา
8	รัตนวาปี	พื้นฐาน	พื้นฐาน	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา
9	โพธิ์ตาก	พื้นฐาน	พื้นฐาน	ไม่ผ่าน	เริ่มต้นพัฒนา

เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของรพท./รพช./รพ.สต.และ คปส.
	2. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (Update 20 พ.ย.60) จำนวน 48 ข้อ
	3. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 42 ข้อ
	4. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 25 ข้อ

ผู้รับผิดชอบ	1.นายไชยวุฒิ ชัยชมภู	โทร. 08-7425-6625
	2.นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์	โทร. 08-6630-9111
	กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	โทร. 042-421438, 042-422923 ต่อ 103

ตัวชี้วัดที่ 46/-/	ร้อยละของจังหวัด มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1.โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่ หมายถึง โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 7 โรค ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 อย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ อย่างน้อย 1 โรค โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตามมาตรา 7 พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 มีทั้งหมด 7 โรค แบ่งเป็น 1.โรคจากการประกอบอาชีพ มี 5 โรค 1. โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว 2. โรคจากฝุ่นซิลิกา 3. โรคจากภาวะอับอากาศ 4. โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) 5. โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช 2.โรคจากสิ่งแวดล้อม มี 2 โรค 1.โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว 2.โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน 2.การขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด
เป้าหมาย	จังหวัด มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ อย่างน้อย 1 โรค ผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด
วิธีการประเมิน	1.สสจ.รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข 2.ส่วนกลางประเมินเชิงคุณภาพ และจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1.ทีมจังหวัดผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่และหน่วยปฏิบัติการ ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 2.มีการสนับสนุนหน่วยงานเครือข่ายจังหวัด เพื่อร่วมชี้แจง ถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 3. มีการวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคฯ อย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่สำคัญของพื้นที่อย่างน้อย 1 โรค 4. มีการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพ 5. มีการเสนอคำสั่งให้ผู้ว่าราชการจังหวัด ลงนาม เพื่อแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการ

	ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 6. มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของจังหวัด 7. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินการตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 8. มีการสรุปผลการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่สำคัญของพื้นที่อย่างน้อย 1 โรค การประเมิน รอบที่ 1 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-5 รอบที่ 2 มีการดำเนินการ ตามข้อที่ 1-8																											
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564																											
ระดับจังหวัด	จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 โรค																											
รายการข้อมูล 1	A : จังหวัด ผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด																											
รายการข้อมูล 2	B : จังหวัด ทั้งหมด																											
สูตรคำนวณ	A/B x 100																											
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ จังหวัด	รอบที่ 1 (ต.ค.63 – ก.พ.64) <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-2</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-3</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-4</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-5</td></tr></table> รอบที่ 2 (ต.ค.63 – ก.ค.64) <table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-4</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-5</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-6</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-7</td></tr><tr><td>5</td><td>มีการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน ข้อที่ 1-8</td></tr></table>				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	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
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																											
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																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>ร้อยละของจังหวัด มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่</td><td>ร้อยละ</td><td colspan="3">ตัวชี้วัดใหม่</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	ร้อยละของจังหวัด มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่													
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																										
		2561	2562	2563																								
ร้อยละของจังหวัด มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่																										

	ลำดับ	อำเภอ	อัตราป่วยอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช					
			2561		2562		2563	
			จำนวน	อัตราต่อแสน ประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสน ประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสน ประชากร
	1	เมืองหนองคาย	1	0.86	0	0	1	0.86
	2	ท่าบ่อ	1	1.74	0	0	0	0
	3	โพนพิสัย	0	0	0	0	1	1.29
	4	ศรีเชียงใหม่	0	0	0	0	0	0
	5	สังคม	1	4.51	0	0	0	0
	6	สระใคร	0	0	0	0	0	0
	7	เผ่าไร่	1	3.02	0	0	0	0
	8	รัตนวาปี	0	0	0	0	3	10.40
	9	โพธิ์ตาก	1	8.96	0	0	0	0
	รวม		5	1.30	0	0	5	1.30
ที่มา : รายงาน HDC								
เอกสารอ้างอิง	1. แนวทางการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด 2.แนวทางการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากการสิ่งแวดล้อม							
ผู้รับผิดชอบ	1.นายไชยวุฒิ ชัยชมภู 2.นายพรเทพ ทิพย์สุทธิ์				โทร. 08-7425-6625 โทร. 08-6630-9111			
	กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				โทร. 042-421438, 042-422923, 042-413354 ต่อ 103			

ตัวชี้วัดที่ 47/-/	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาหารสด โดยการมีส่วนร่วม (เป้าหมายระดับ 5)	
หน่วยวัด	ขั้นตอน	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	1. กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย หมายถึง จำนวนตัวอย่างที่ หน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต 8 (Mobile Unit For food safety) จัดสรรให้แต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบ 2. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผักและผลไม้, เนื้อสัตว์สด, อาหารทะเลสด 3. กระบวนการดำเนินการโดยมาตรการของพื้นที่ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานตามผังการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร (อาหารสด) โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit For food safety) จังหวัดหนองคาย	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์อาหารสด ได้แก่ ผักและผลไม้ เนื้อสัตว์สด อาหารทะเล ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาด ร้านค้า ร้านอาหาร แผงลอย ห้างสรรพสินค้า โรงครัวของโรงพยาบาล)	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ขั้นตอน พิจารณาผลการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 มีฐานข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบครบถ้วน ขั้นตอนที่ 2 มีแผนการตรวจสอบอาหารสด จากสถานที่จำหน่าย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ขั้นตอนที่ 3 มีการเก็บตัวอย่างอาหารสดกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย จากสถานที่จำหน่ายได้ครบถ้วนตามเป้าที่กำหนด ขั้นตอนที่ 4 มีการตรวจสอบอาหารสดกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย จากสถานที่จำหน่าย ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ขั้นตอนที่ 5 มีการสรุปผลการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่าย รวมทั้งมีกระบวนการดำเนินการโดยมาตรการของพื้นที่ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานเกษตรจังหวัดหนองคาย, สำนักงานเทศบาลเมืองหนองคาย, อบต., สสจ. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลการดำเนินงานต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	
วิธีการประเมิน	รายงาน	
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564	
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564	
ระดับจังหวัด	ระดับคะแนนโดยพิจารณาผลการดำเนินการตามขั้นตอน	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนนโดยพิจารณาผลการดำเนินการตามขั้นตอน	
คะแนน		
- ระดับจังหวัด		
	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	-	

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563		
	อำเภอ	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ 2563
	เมือง	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	ท่าบ่อ	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	โพนพิสัย	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	ศรีเชียงใหม่	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	สังคม	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	สระใคร	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	เผ้าไร่	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	รัตนวาปี	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	โพธิ์ตาก	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
	รวม	ระดับคะแนน 1-5	ระดับ 5
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย 2. มีแผนการตรวจสอบอาหารสด จากสถานที่จำหน่าย 3. บันทึกผลการตรวจสอบอาหารสดด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 4. รายงานสรุปผลการตรวจสอบอาหารสดจากสถานที่จำหน่าย วิเคราะห์ผล และ กระบวนการดำเนินการโดยมาตรการของพื้นที่		
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง นางปิยะมาศ ปรีชาภูก นางสาวพิมพ์รดา ช่างสุวรรณ นางสาวเพ็ญพร ส่งเมือง นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์ นางสาวมนสิชา บุรณบัญญัติ นางสาวพัชรินทร์ กองแก้ว	โทร. 08 1871 3114 โทร. 08 3290 6287 โทร. 08 6851 4951 โทร. 09 7265 7488 โทร. 09 1059 8264 โทร. 09 1063 9982 โทร. 08 3082 5931	
	งานมาตรฐานด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.นค	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 129	

ตัวชี้วัดที่ 48/41/-	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 เครื่องสำอางที่จัดแจ้งในประเภทแอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ การตรวจสอบ หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้น ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ถูกฉ้อฉล ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลการตรวจวิเคราะห์โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่รัฐรับรอง ตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (test kit) หมายถึง ผลการตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น (test kit) โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit For food safety) หรือหน่วยงานอื่นๆของรัฐ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับจังหวัด ประกอบด้วย 1. ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาด/แผงลอย/ร้านค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต/โรงครัวโรงพยาบาล) 2. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต , น้ำแข็ง ณ สถานที่ผลิต 3. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง 4. สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง 5. เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง
	ระดับ คปสอ. ประกอบด้วย 1. ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาด/แผงลอย/ร้านค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต/โรงพยาบาล) 2. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ณ สถานที่ผลิต
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
วิธีการประเมิน	รายงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
ระดับจังหวัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B)x100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน				
		1	2	3	4	5
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B)x100	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	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด = (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		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงานอาหารสดอาหารแปรรูป ปีงบประมาณ 2561-2563										
	1. ผลการดำเนินงานแยกรายผลิตภัณฑ์										
	อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561-2563								
			อาหารสด			อาหารแปรรูป					
			ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย			น้ำบริโภคฯ			น้ำแข็ง		
			2561	2562	2563	2561	2562	2563	2561	2562	2563
	เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.7 (384/389)	98.64 (364/369)	98.56 (343/348)	100 (24/24)	96.88 (31/32)	96.97 (32/33)	100 (9/9)	90.91 (10/11)	100 (11/11)
	ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.9 (269/272)	99.57 (234/235)	99.12 (226/228)	100.00 (18/18)	90.91 (20/22)	95.45 (21/22)	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)
	โพนพิสัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (90/90)	100.00 (106/106)	99.08 (108/109)	100.00 (9/9)	95.45 (21/22)	95.83 (23/24)	100 (4/4)	100 (4/4)	100 (4/4)
	ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.4 (121/123)	99.15 (116/117)	99.24 (131/132)	100.00 (8/8)	100.00 (7/7)	100 (7/7)	-	-	100 (1/1)
	สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.00 (98/101)	98.91 (91/92)	100 (118/118)	100.00 (4/4)	100.00 (6/6)	100 (6/6)	100 (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)
	สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.9 (88/89)	97.12 (135/139)	97.86 (137/140)	100.00 (3/3)	100.00 (3/3)	100 (3/3)	-	-	
	เผ่าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (54/54)	97.33 (73/75)	99.00 (99/100)	100.00 (9/9)	100.00 (12/12)	100 (13/13)	0 (0/1)	100 (1/1)	0 (0/1)
	รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (58/58)	100.00 (29/29)	100 (52/52)	100.00 (5/5)	100.00 (7/7)	100 (7/7)	100 (2/2)	100 (2/2)	100 (2/2)
	โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	94.7 (36/38)	100.00 (33/33)	97.18 (69/71)	100.00 (1/1)	100.00 (1/1)	100 (1/1)	-	-	-
	รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.7 (1198/1214)	98.83 (1181/1195)	98.84 (1283/1298)	100.00 (81/81)	96.43 (108/112)	97.41 (113/116)	95.65 (22/23)	96.00 (24/25)	96.15 (25/26)
	2. ผลการดำเนินงานภาพรวม										
	อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561-2563 (อาหารสดอาหารแปรรูป)								
			2561			2562			2563		
	เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.79 (408/413)			98.50 (395/401)			98.48 (375/381)		
	ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.97 (287/290)			98.83 (254/257)			98.80 (247/250)		
	โพนพิสัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (99/99)			99.22 (127/128)			98.50 (131/133)		
	ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.47 (129/131)			99.19 (123/124)			99.28 (138/139)		
	สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.14 (102/105)			98.98 (97/98)			100 (124/124)		
	สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.91 (91/92)			97.18 (138/142)			97.90 (140/143)		

	อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561-2563 (อาหารสดอาหารแปรรูป)		
			2561	2562	2563
	เผ่าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (63/63)	97.70 (85/87)	99.11 (112/113)
	รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (63/63)	100.00 (36/36)	100 (59/59)
	โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	94.87 (37/39)	100.00 (34/34)	97.22 (70/72)
	รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.77 (1279/1295)	98.62 (1289/1307)	98.73 (1396/1414)
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่าย/ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมาย 3. บันทึกการตรวจสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (แบบ ตส.3(50)) 4. บันทึกการตรวจสถานที่ผลิตน้ำแข็ง (แบบ ตส.1(50)) 5. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร 6. แบบฟอร์มรายงานการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารโดย Mobile Units 7. แบบฟอร์มรายงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 8. ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	นายไพรัตน์ ประทุมทอง นางปิยะมาศ ปรีชาภูก นางสาวพิมพ์รดา ช่างสุวรรณ นางสาวเพ็ญพร ส่งเมือง นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์ นางสาวมนสิชา บุรณบุญญ์ติ นางสาวพัชรินทร์ กองแก้ว			โทร. 08 1871 3114 โทร. 08 3290 6287 โทร. 08 6851 4951 โทร. 09 7265 7488 โทร. 09 1059 8264 โทร. 09 1063 9982 โทร. 08 3082 5931	
	งานมาตรฐานด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.นค			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 129	

ตัวชี้วัดที่ 49/42/20	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 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า 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 2564 เปรียบเทียบกับ อัตราป่วยค่ามัธยฐาน เดือน มกราคม- กุมภาพันธ์ 5 ปี ย้อนหลัง รอบที่ 2 : อัตราป่วย เดือน มกราคม-กรกฎาคม 2564 เปรียบเทียบกับ อัตราป่วยค่ามัธยฐาน เดือน มกราคม-กรกฎาคม 5 ปี ย้อนหลัง				
ระดับ	ระดับจังหวัด / คปสอ.				
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยโรคนั้นๆ				
รายการข้อมูล 2	B : อัตราป่วยค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของโรคนั้นๆ				
สูตรคำนวณ	ร้อยละของอัตราป่วยของโรค ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง $= \frac{(B-A) \times 100}{B}$				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	เกณฑ์การให้คะแนน		ระดับคะแนน		
			1	2	3
	ร้อยละอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลง		10	15	20
	ร้อยละอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง		12	14	16

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/
	ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้					
	ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน			รอบ 1	รอบ 2
1	มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ			1	1	
2	มีแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วง และโรคอาหารเป็นพิษ			3	2	
3	มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษแก่ประชาชน			5	3	
4	4.1 มีการดำเนินการตามกิจกรรมในโครงการ 4.2 ตำบลมีการจัดประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร แก่ ครูอนามัยโรงเรียน, ผู้ประกอบการอาหาร, ผู้ปกครอง , อาสาสมัครสาธารณสุข, ประชาชนทั่วไป 4.3 มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานระดับตำบล $\geq$ ร้อยละ 80 4.4 จำนวนตำบลที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4.1 – 4.3 $\geq$ ร้อยละ 80				4	
5	5.1 อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 30 และ 5.2 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 20				5	
รอบที่ 1 ประเมินขั้นตอนที่ 1 - 3						
รอบที่ 2 ประเมินขั้นตอนที่ 1 - 5						
หากไม่ผ่านขั้นตอนใด จะไม่ประเมินขั้นตอนต่อไป						

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพสต.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน			รอบ 1	รอบ 2
		1	มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ			1
	2	มีแผนงาน / โครงการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ			3	2
	3	มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษแก่ประชาชน			5	3
	4	4.1 มีการจัดประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร แก่ ครูอนามัยโรงเรียน, ผู้ประกอบการอาหาร, ผู้ปกครอง, อาสาสมัครสาธารณสุข, ประชาชนทั่วไป 4.2 มีสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ				4
	5	ไม่เหตุการณ์การระบาดในพื้นที่ (มีจำนวนผู้ป่วยในเหตุการณ์ 10 ราย ขึ้นไป)				5

	รอบที่ 1 ประเมินขั้นตอนที่ 1 - 3 รอบที่ 2 ประเมินขั้นตอนที่ 1 - 5 หากไม่ผ่านขั้นตอนใด จะไม่ประเมินขั้นตอนต่อไป				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี		
			2561	2562	2563
	อัตราป่วย โรคอาหารเป็นพิษ	ต่อแสนปชก.	244.5	232.5	103.4
	อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	- 84.9	- 18.9	- 43.1
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง	ต่อแสนปชก.	1,358.1	1,037.7	862.2
	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	- 11.3	- 0.7	- 15.3
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง และโรคอาหารเป็นพิษ 2. แผนงาน / โครงการป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ 3. หลักฐานการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ 4. หลักฐานการจัดประชุม / อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร 5. หลักฐานการนิเทศติดตามการดำเนินงานตำบล 6. การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ แยกรายตำบล				
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุญพงษ์ชัย	โทร. 08 1999 1702			
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136			

จำนวน / อัตราป่วยด้วย Food Poisoning แยกรายอำเภอ จังหวัดหนองคาย ปี 2558-2563

ลำดับ	อำเภอ	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563		Med. 58-62		ปี 2563	Med. 59-63		ปี 2564
		จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	เพิ่ม/ลดจาก Med.58-62 (%)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	อัตราป่วย ไม่เกิน
1	เมือง	419	279.6	368	245.5	463	307.4	466	308.9	226	149.8	277	183.7	-18.4	223	147.9	118.3
2	ท่าบ่อ	71	85.4	30	36.1	19	22.9	69	83.2	26	31.4	35	41.6	-24.6	25	30.2	24.2
3	ศรีเชียงใหม่	47	152.3	51	165.3	30	97.1	54	174.7	4	12.9	39	126.2	-89.7	27	87.4	69.9
4	สังคม	23	91.5	35	139.3	36	142.3	33	130.1	22	86.8	18	71.0	22.0	20	78.9	63.1
5	โพนพิสัย	338	342.9	284	288.1	478	483.6	344	347.7	141	142.5	350	353.3	-59.7	228	230.5	184.4
6	สระใคร	41	154.2	35	131.6	18	67.2	47	174.9	28	104.2	16	59.6	75.0	21	78.2	62.6
7	เฝ้าไร่	73	140.1	42	80.6	48	91.9	45	86.1	41	78.4	42	80.3	-2.4	37	70.7	56.6
8	รัตนวาปี	147	378.8	314	809.2	171	441.1	149	384.6	51	131.7	126	325.3	59.0	98	253.0	202.4
9	โพธิ์ตาก	51	332.5	14	91.3	6	39.2	7	45.1	1	6.5	9	58.8	-88.0	9	58.8	47.0
จ.หนองคาย		1203	230.4	1210	231.8	1277	244.6	1214	232.5	540	103.4	949	181.8	-43.1	803	153.8	123.0

หมายเหตุ อัตราป่วย ต่อ ประชากรแสนคน

จำนวน / อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง จังหวัดหนองคาย ปี 2558-2563

ลำดับ	อำเภอ	ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563		Med. 58-62		ปี 2563	Med. 59-63		ปี 2564
		จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	เพิ่ม/ลดจาก Med.58-62 (%)	จำนวน (ราย)	อัตรา (/แสน)	อัตราป่วย ไม่เกิน
1	เมือง	3,047	2,033.1	2,132	1,422.6	2,867	1,903.4	2,287	1,516.4	1,715	1,137.1	2,188	1,411.0	-19.4	1971	1306.9	914.8
2	ท่าบ่อ	1,149	1,382.7	882	1,061.4	900	1,083.4	552	666.0	602	726.3	785	947.1	-23.3	640	772.2	540.5
3	ศรีเชียงใหม่	652	2,113.2	594	1,925.3	494	1,598.7	351	1,135.7	393	1,271.6	392	1,268.4	0.3	380	1229.6	860.7
4	สังคม	558	2,220.4	437	1,738.9	321	1,269.1	215	847.9	218	859.7	249	982.0	-12.1	227	895.2	626.6
5	โพนพิสัย	1,006	1,020.6	826	838.0	966	977.3	807	815.9	517	522.6	736	744.1	-29.8	648	655.1	458.6
6	สระใคร	531	1,996.6	367	1,380.0	453	1,691.3	353	1,314.2	248	923.2	319	1,187.6	-22.3	271	1008.9	706.2
7	เฝ้าไร่	312	598.8	322	617.9	615	1,177.0	442	844.9	426	814.3	318	607.9	34.0	345	659.5	461.7
8	รัตนวาปี	210	541.2	306	788.5	303	781.6	289	746.0	214	552.4	196	506.2	9.2	201	518.9	363.2
9	โพธิ์ตาก	178	1,160.5	189	1,232.2	169	1,101.6	122	796.6	169	1,103.4	122	796.6	38.5	132	861.8	603.3
จ.หนองคาย		7,643	1,468.8	6,055	1,163.6	7,088	1,358.2	5,418	1,037.7	4,502	862.2	5,316	1,018.2	-15.3	4,924	943.1	660.2

หมายเหตุ อัตราป่วย ต่อ ประชากรแสนคน

ตัวชี้วัดที่ 50/43/-	การป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน	
	1) ไม่มีผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่และไม่มีการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	การเกิดโรคอุบัติใหม่เป็นผลจากปัจจัยหลายประการ เช่นการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร, เชื้อโรค,วิถีชีวิตและพฤติกรรมมนุษย์,การรบกวนธรรมชาติ ระบบนิเวศวิทยาและการคมนาคม ที่ทันสมัย จังหวัดหนองคายเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่พบว่า มีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา รวมถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จำนวน 3 ราย แม้จะมีการติดเชื้อจากที่อื่นแล้วเดินทางเข้ามาจังหวัดหนองคาย แต่ด้วยความรุนแรงและโอกาสการแพร่กระจายของโรค ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องนั้น ยังคงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะความชำนาญ เรียนรู้ที่จะทำให้เกิดระบบการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่นี้ ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรมควบคู่กับการประสานบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป้าประสงค์การไม่เกิดโรคอุบัติใหม่ใน generation ที่ 2 และลดผลกระทบเสียหายที่จะตามมาในอีกหลาย ๆ ด้านได้ต่อไป	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80	
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัด : รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอแล้วประมวลผลเป็นระดับจังหวัด	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564	
ระดับจังหวัด	ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการควบคุมโรคให้ไม่มีผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ (โควิด-19) และไม่มีการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ (โควิด-19) และ/หรือ จำนวนอำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	A/B x 100	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (5 อำเภอ)
	2	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (6 อำเภอ)
	3	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (7 อำเภอ)
	4	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (8 อำเภอ)
	5	อำเภอสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (9 อำเภอ)

ระดับ คปสอ.	ระดับคปสอ. : ดำเนินงานขั้นตอนการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (โควิด-19) ไม่ให้เกิดโรคหรือไม่มีการระบาดในระลอก (Generation) ที่ 2 ดังนี้ 1. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์/ทีมสอบสวนโรค (SAT&IT) และศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานระบาดวิทยาตามที่กำหนด (ข้อมูลได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานของ คปสอ. จากงานระบาดวิทยา สสจ.หนองคาย) 2. คปสอ.ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ โดยอาศัยกรอบการดำเนินงานจากส่วนกลางและการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง 3. คปสอ.ดำเนินงานตามแนวทาง (มาตรการ) 4 แนววิถีชีวิตใหม่ (New normal) ครอบคลุมหลักเกณฑ์ 4 เข้ม ได้แก่ 1.เข้มการคัดกรองผู้เข้าหลักเกณฑ์ PUI 2. เข้มการดำเนินการตามมาตรการผ่อนปรน 3.เข้มการสำรวจเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน และ 4. เข้มการจัดการของหน่วยงานตามแนววิถีชีวิตใหม่					
รายการข้อมูล 1	A : ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ไม่ให้เกิดและ/หรือมีการระบาดในระลอกที่ 2					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประเด็น/ระดับที่ดำเนินการได้ตามขั้นตอนการดำเนินงาน					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	คปสอ.ดำเนินการตามเกณฑ์งานระบาดวิทยา ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของจังหวัดผ่านมาตรฐาน SAT&IT ร้อยละ 100				
	2	คปสอ.ดำเนินการตามเกณฑ์งานระบาดวิทยา ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัดผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 60-100				
	3	สรุปรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (โควิด-19) ตามกรอบแนวทางจากส่วนกลางร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่				
	4	ผลดำเนินงานตามแนวทางมาตรการ 4 เข้มแนววิถีชีวิต (New normal) ที่ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นรูปธรรม				
	5	ไม่มีผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ (โควิด-19) และไม่มีการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ไม่มีผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ (โควิด-19) และไม่มีการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2		ร้อยละ	---	---	--

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	5	5	100
	2	ท่าบ่อ	5	5	100
	3	โพนพิสัย	5	5	100
	4	ศรีเชียงใหม่	5	3	80
	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	9	8	88
เอกสารอ้างอิง	1. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) 2. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานฯ ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (JIT) 3. รายงานสรุปผลการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามกรอบการดำเนินงานจาก ส่วนกลางและการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ,การประชุม คปสอ.,การประชุมบูรณาการงานอื่นๆ ร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือรายงานการซ้อมแผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ฯลฯ 4. รายงานผลการดำเนินงานตามแนวทาง (มาตรการ) แนววิถีชีวิต(New normal) ครอบคลุม หลักเกณฑ์ 4 เข้ม ได้แก่ 1. ผลการคัดกรอง PUI 2. การดำเนินการตามมาตรการผ่อนปรน 3. ข้อมูลการสำรวจเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน (รพช./รพ.สต./สสอ.) 4. ผลการดำเนินงานของหน่วยงานตามแนววิถีชีวิตใหม่ (new normal) (รายละเอียดในภาคผนวก)				
ผู้รับผิดชอบ	นายสุรัชย์ กิจติกาล			โทร. (มือถือ) 089 9430909	
	งาน...จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพกลุ่ม งาน....ควบคุมโรคติดต่อ.....			โทร. 0 4242923 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 50/43/-	การป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน		
	2) ร้อยละหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด		
หน่วยวัด	ร้อยละ		
น้ำหนัก	ร้อยละ		
คำอธิบาย	พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งด้านกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค กลไกการดำเนินงานมีทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ โดยในระดับพื้นที่จะมีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอ (CDCU) เป็นตัวขับเคลื่อนหลักเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ให้มีความครอบคลุมในทุกโรคและภัยเช่นเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะปัจจุบันที่มีการเกิดและระบาดของโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง เช่นโควิด-19 ซึ่งมีผลกระทบกับประชาชนในทุกด้าน จึงจำเป็นที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานใน CDCU ซึ่งประกอบด้วยเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข จะต้องปรับสภาพและเพิ่มความเข้มข้นในการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ให้สามารถตอบโต้และจัดการกับเหตุการณ์รุนแรงในด้านต่างๆ อย่างรอบด้านในทุกมิติของการเกิดและโอกาสการแพร่กระจายโรค ที่มีปัจจัยเสี่ยงในหลายด้าน ทั้งนี้จังหวัดหนองคายมีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอ (CDCU) ครอบคลุมแล้วทุกอำเภอ โดยมีเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อที่สามารถดำเนินการออกคำสั่งให้ผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการหรือปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด อันเป็นประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างครบถ้วนทุกหน่วยแล้ว ฉะนั้นการบังคับใช้ พรบ.โรคติดต่อ 2558 ให้เป็นไปอย่างบริสุทธิ์เที่ยงธรรม ควบคู่ไปกับมาตรฐานการปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันการเกิดโรคติดต่ออันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในยุคนี้		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ		
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : 5 ขึ้นตอน		
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัด : รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอแล้วประมวลผลเป็นระดับจังหวัด		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564		
ระดับจังหวัด	ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU) ที่กำหนดได้		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนคปสอ.ที่ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ(CDCU) ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$		
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	จำนวน คปสอ.ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU) ที่กำหนดได้ 5 อำเภอ	
	2	จำนวน คปสอ.ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU)ที่กำหนดได้ 6 อำเภอ	
	3	จำนวน คปสอ.ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU)ที่กำหนดได้ 7 อำเภอ	
	4	จำนวน คปสอ.ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU)ที่กำหนดได้ 8 อำเภอ	
	5	จำนวน คปสอ.ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU)ที่กำหนดได้ 9 อำเภอ	

ระดับ คปสอ.	ระดับคปสอ. : ดำเนินงานได้ตามขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU) ที่กำหนดให้ดังนี้ - มีสำเนาคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอ (CDCU) ซึ่งประกอบด้วย เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่ออย่างน้อย 1 คน และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างน้อย 2 คน พร้อมบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและรับผิดชอบในหน่วย CDCU - รายงานทรัพยากรที่จำเป็นของหน่วย CDCU เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานออกสอบสวนควบคุมโรคตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (รายละเอียดในภาคผนวก) - รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น ภายใน 48 ชั่วโมงที่มีคุณภาพ (ได้จากการออกปฏิบัติงานของหน่วย CDCU) - แผนปฏิบัติการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือ โรคติดต่ออันตราย ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ที่เสนอผู้บังคับบัญชาในระดับต่างๆ แล้ว อย่างน้อย 3 โรค (ถ้ามี) สำเนาแบบบันทึกการเข้าไปในพาหนะ อาคารหรือสถานที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อปฏิบัติงานการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ตามความในมาตรา 45(2) แห่ง พรบ.โรคติดต่อ 2558 (รายละเอียดในภาคผนวก) (สำเนา) หนังสือราชการเสนอสรุปผลการปฏิบัติงานของหน่วย CDCU พร้อมรายละเอียดที่ครอบคลุมการรายงานสถานการณ์โรคติดต่อในพื้นที่ พร้อมกิจกรรมการดำเนินการตอบโต้แก้ไข ควบคุมป้องกันโรคนั้น ๆ ที่ลงนามโดยผู้บังคับบัญชาในระดับต่าง ๆ แล้ว	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ. ที่มีผลการดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (CDCU) ที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอน	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประเด็น/ระดับที่ดำเนินการได้ตามขั้นตอนการดำเนินงาน	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	มีสำเนาคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอ (CDCU) ซึ่งประกอบด้วย เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่ออย่างน้อย 1 คน และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างน้อย 2 คน พร้อมบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและรับผิดชอบในหน่วย CDCU
	2	มีรายงานทรัพยากรที่จำเป็นของหน่วย CDCU เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานออกสอบสวนควบคุมโรค ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (รายละเอียดในภาคผนวก)
	3	มีแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือ โรคติดต่ออันตราย ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ โดยผ่านการเสนอและเห็นชอบของผู้บังคับบัญชาในระดับต่างๆ แล้ว อย่างน้อย 3 โรค
	4	รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น ภายใน 48 ชั่วโมงที่มีคุณภาพ (ได้จากการออกปฏิบัติงานของหน่วย CDCU) หรือ สำเนาแบบบันทึกการเข้าไปในพาหนะ อาคารหรือสถานที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อปฏิบัติงานการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ตามความในมาตรา 45(2) แห่ง พรบ.โรคติดต่อ 2558 (ถ้ามี)
	5	(สำเนา) หนังสือราชการเสนอสรุปผลการปฏิบัติงานของหน่วย CDCU พร้อมรายละเอียดที่ครอบคลุมการรายงานสถานการณ์โรคติดต่อในพื้นที่ พร้อมกิจกรรมการดำเนินการตอบโต้แก้ไขควบคุมป้องกันโรคนั้น ๆ ที่ลงนามโดยผู้บังคับบัญชาในระดับต่าง ๆ แล้ว (เดือน กุมภาพันธ์ และกรกฎาคม)

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
				2561	2562	2563																																																												
	หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ(CDCU) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนด		ร้อยละ	-	-	-																																																												
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>คปสอ.</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลงาน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>5</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr> <td></td> <td>รวม</td> <td>9</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>						ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	5	-	-	2	ท่าบ่อ	5	-	-	3	โพนพิสัย	5	-	-	4	ศรีเชียงใหม่	5	-	-	5	สังคม	5	-	-	6	สระใคร	5	-	-	7	เผ่าไร่	5	-	-	8	รัตนวาปี	5	-	-	9	โพธิ์ตาก	5	-	-	10	พิสัยเวหา	-	-	-		รวม	9	-	-
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																														
1	หนองคาย	5	-	-																																																														
2	ท่าบ่อ	5	-	-																																																														
3	โพนพิสัย	5	-	-																																																														
4	ศรีเชียงใหม่	5	-	-																																																														
5	สังคม	5	-	-																																																														
6	สระใคร	5	-	-																																																														
7	เผ่าไร่	5	-	-																																																														
8	รัตนวาปี	5	-	-																																																														
9	โพธิ์ตาก	5	-	-																																																														
10	พิสัยเวหา	-	-	-																																																														
	รวม	9	-	-																																																														
เอกสารอ้างอิง	1. มีสำเนาคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่ออำเภอ (CDCU) พร้อมรายละเอียดการแบ่งหน้าที่ปฏิบัติงานและรับผิดชอบในหน่วย CDCU 2. ภาพถ่ายหลักฐานอุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุและรายงานทรัพยากรที่จำเป็นของหน่วย CDCU เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานออกสอบสวนควบคุมโรค ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 3. รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นภายใน 48 ชั่วโมง ของหน่วย CDCU 4. แผนปฏิบัติการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือ โรคติดต่ออันตราย ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ จำนวน 3 โรค 5. สำเนาแบบบันทึกการเข้าไปในพาหนะ อาคารหรือสถานที่ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อปฏิบัติงานการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ตามความในมาตรา 45(2) แห่ง พรบ.โรคติดต่อ 2558 6. (สำเนา) หนังสือราชการเสนอสรุปผลการปฏิบัติงานของหน่วย CDCU พร้อมรายละเอียดที่ครอบคลุมการรายงานสถานการณ์โรคติดต่อในพื้นที่ พร้อมกิจกรรมการดำเนินการตอบโต้แก้ไขควบคุมป้องกันโรค 7. รายงานผลการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ พร้อมเสนอแนวทางการป้องกันควบคุมโรค 8. รายงานผลการโรคติดต่ออุบัติใหม่ (โควิด-19) ไม่ให้เกิดและระบาดในระลอกที่2 (Gen2 nd) ข้อมูลจาก รง. 506																																																																	
ผู้รับผิดชอบ	สุรัชย์ กิจติกาล		โทร. (มือถือ) 089 9430909																																																															
	งาน...จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มงาน....ควบคุมโรคติดต่อ.....		โทร. 0 4242923 ต่อ 136																																																															

ตัวชี้วัดที่ 50/43/-	การป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน
	3) จังหวัดผ่านเกณฑ์การจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	จังหวัดหนองคาย ได้เผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา หรือโควิด-19 ซึ่งจัดให้เป็น “ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข” (Public Health Emergency) อย่างหนึ่ง เนื่องจากจะเข้าข่ายตามนิยามที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตรุนแรง 2) เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติไม่เคยพบมาก่อน 3) มีโอกาสสูงที่จะแพร่ระบาดจากที่หนึ่งไปสู่อื่น และ 4) เพื่อการควบคุมป้องกันโรคนั้นจำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คน ไม่ให้เดินทางหรือต้องอยู่เฉพาะในที่ที่กำหนดไว้เท่านั้น ผลของการเกิดและระบาดของโรคโควิด-19 กระทบไปยังชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนได้อย่างมาก ส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศต้องชะงัก ประชาชนจำเป็นต้องปรับการดำรงชีพ ให้เป็นไปในแนวทางการดำเนินชีวิตแบบใหม่ (New normal) เพื่อให้สามารถป้องกันตนเอง และควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดต่อไปได้ ฉะนั้นการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขดังกล่าวมานี้ ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด จำเป็นต้องมีกระบวนการที่ใช้ขับเคลื่อนกิจกรรมการปฏิบัติงานของทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาศัยรูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centers, EOC) ซึ่งจะมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ และกลุ่มภารกิจด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องบูรณาการทำงานประสานความร่วมมือในการจัดการปัญหาและผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น ทั้งในและนอก ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้เป็นไปได้ด้วยความสำเร็จ เกิดผลกระทบและเป็นปัญหาต่อสุขภาพประชาชนได้น้อยที่สุดนั้น จะอาศัยศักยภาพของผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander:IC) ที่จะขับเคลื่อนชี้ทิศทางให้ทีมปฏิบัติการในด้านต่าง ๆ สามารถมองเห็นแนวปฏิบัติที่จะจัดการปัญหาการเกิดและแพร่ระบาดของโรคได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ซึ่งจะต้องบูรณาการการทำงานอย่างจริงจัง ในเชิงลึกที่เป็นมิติได้อย่างรอบด้านกับภาคีเครือข่ายอื่น (หน่วยราชการ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เอกชน, ประชาชน) โดยบุคลากรในส่วนผู้ปฏิบัติการเอง จะต้องมีความชำนาญและการทำงานที่เข้มแข็งจริงจัง ใส่ใจ ที่จะตอบโต้ปัญหาการเกิดและแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตรายประเภทต่างๆ ด้วย ภารกิจในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จึงจะสำเร็จลงได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 (9 อำเภอ) ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80 (5 ขึ้นตอน)
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัดรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอและประมวลผลเป็นระดับจังหวัด
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
ระดับจังหวัด	ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการและจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ได้
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ดำเนินการและจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ได้
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	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 (โรคติดต่อ)ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยกำหนดผลสำเร็จคือป้องกันการเกิดโรคและควบคุมการระบาดได้ไม่ให้เกิดระลอกที่สอง (Gen2nd) ดังนี้ - มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในพื้นที่ - ผังการจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข - ทะเบียนรายงานการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ - ทะเบียน/รายงานผลการสื่อสารความเสี่ยงแก่องค์กร หน่วยงาน และประชาชนในพื้นที่ (กรณีที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่) - มีทีมผู้ปฏิบัติงานเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีศักยภาพได้มาตรฐานตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด ดังนี้ - คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งอื่นที่สามารถระบุผู้ปฏิบัติงาน การจัดแบ่งกลุ่มการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมในระดับอำเภอ/ตำบล - มีรายชื่อทีมผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&IT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ สามารถประสานงานกับภาคีเครือข่ายอื่น รองรับการตอบโต้เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ได้ - มีรายงานผลการซ้อมแผนและถอดบทเรียนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข(โรคติดต่อ) ในระดับอำเภอ ที่มีเครือข่ายหรือองค์กรหน่วยงานอื่นร่วมในการฝึกซ้อมด้วย - รายงานผลการดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่เกิดขึ้น หรือมีการระบาดในพื้นที่ - รายงานผลการเกิดโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดหรือไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (ข้อมูลจากรายงาน 506)	
รายการข้อมูล 1	A : ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประเด็น/ระดับที่ดำเนินการได้ตามขั้นตอนการดำเนินงาน	
สูตรคำนวณ	(A-B)x100	

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ผังการจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ รายงานผลการสื่อสารความเสี่ยง(โรคติดต่อ)				
	2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งการปฏิบัติงานที่มีเนื้อหาครอบคลุมภารกิจเพื่อการตอบโต้ฯ ในระดับอำเภอ/ตำบล, รายชื่อทีมผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT)				
	3	รายงานผลการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานภายนอกเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการ				
	4	รายงานผลการดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่เกิดขึ้นหรือมีการระบาดในพื้นที่				
	5	รายงานผลการเกิดโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยไม่ให้เกิดการระบาดหรือควบคุมไม่ให้เกิดในระลอก (Generation) ที่ 2 (ข้อมูลจากรง.506)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน						
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	จำนวน คปสอ.ที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด		ร้อยละ	88	100	88
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	5	5	100	
	2	ท่าบ่อ	5	5	100	
	3	โพนพิสัย	5	5	100	
	4	ศรีเชียงใหม่	5	3	60	
5	สังคม	5	5	100		
6	สระใคร	5	5	100		
7	เผ่าไร่	5	5	100		
8	รัตนวาปี	5	5	100		
9	โพธิ์ตาก	5	5	100		
	รวม	9	8	88		
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลรายงาน 506 (โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่)					
	2. ผังการประสานเครือข่าย/ระบบเฝ้าระวัง ผังการจัดแบ่งกลุ่มภารกิจและผู้ปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข					
	3. ทะเบียนการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่					
	4. รายงาน/ทะเบียนการสื่อสารความเสี่ยง (โรคติดต่อ) ของหน่วยงาน					
	5. คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งอื่นที่มีหน้าที่/เนื้อหาครอบคลุมรายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT)					

	6. รายงานผลการซ่อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีภาคีเครือข่ายหน่วยงาน ภายนอกเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการด้วย 7. รายงานผลดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือรายงานการ สอบสวนโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ (ฉบับสมบูรณ์)	
ผู้รับผิดชอบ	สุรัชย์ กิจติกาล	โทร. (มือถือ) 089 9430909
	งาน...จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มงาน....ควบคุมโรคติดต่อ.....	โทร. 0 42422923 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 51/44/21	การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก					
	1) ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย					
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน คือ อปท./ผู้นำชุมชน/อสม./โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้ร่วมกันดำเนินการลดการแพร่กระจายโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย (เช่น ไข้เลือดออก, ไข้ปวดข้อยุงลาย, ไข้ซิกา) โดยการลดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรค ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อปท./ผู้นำชุมชน/อสม./โรงเรียน/วัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย					
เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย					
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP					
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2564					
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม – กรกฎาคม 2564					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 5 อำเภอ				
	2	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 6 อำเภอ				
	3	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 7 อำเภอ				
	4	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 8 อำเภอ				
	5	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 9 อำเภอ				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	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					
	ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน			รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	มีหนังสือแจ้งให้ท้องถิ่นอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค			1	1
	2	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ , ท้องถิ่นอำเภอ , หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง, นายก อปท., กำนัน/สาธารณสุข			3	2
	3	มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงาน			5	3

	<table><tr><td>4</td><td>4.1 คณะกรรมการมีการนิเทศติดตามการดำเนินการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในช่วงฤดูกาลการระบาด</td><td></td><td>4</td></tr><tr><td></td><td>4.2 สาธารณสุขอำเภอ แจ้งผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหในพื้นที่ที่สำรวจพบลูกน้ำ</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>4.3 คณะกรรมการระดับอำเภอ มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือ ควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ $\geq$ ร้อยละ 90 ของจำนวนตำบลทั้งหมด</td><td></td><td>5</td></tr></table>	4	4.1 คณะกรรมการมีการนิเทศติดตามการดำเนินการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในช่วงฤดูกาลการระบาด		4		4.2 สาธารณสุขอำเภอ แจ้งผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหในพื้นที่ที่สำรวจพบลูกน้ำ				4.3 คณะกรรมการระดับอำเภอ มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือ ควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก			5	การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ $\geq$ ร้อยละ 90 ของจำนวนตำบลทั้งหมด		5																																																																																							
4	4.1 คณะกรรมการมีการนิเทศติดตามการดำเนินการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในช่วงฤดูกาลการระบาด		4																																																																																																					
	4.2 สาธารณสุขอำเภอ แจ้งผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหในพื้นที่ที่สำรวจพบลูกน้ำ																																																																																																							
	4.3 คณะกรรมการระดับอำเภอ มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือ ควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก																																																																																																							
5	การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ $\geq$ ร้อยละ 90 ของจำนวนตำบลทั้งหมด		5																																																																																																					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ ตำบล / รพสต.	<table><tr><td colspan="6">รอบที่ 1 ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 - 3 รอบ 2 ประเมินทุกขั้นตอน</td></tr><tr><td colspan="6">กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้</td></tr><tr><td rowspan="2">ระดับคะแนน</td><td colspan="5">ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)</td></tr><tr><td>ขั้นตอนที่ 1</td><td>ขั้นตอนที่ 2</td><td>ขั้นตอนที่ 3</td><td>ขั้นตอนที่ 4</td><td>ขั้นตอนที่ 5</td></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><td>ขั้นตอน</td><td>รายละเอียดการดำเนินงาน</td><td>รอบที่ 1</td><td>รอบที่ 2</td></tr><tr><td>1</td><td>1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล ซึ่งประกอบด้วย นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>1.3 มีแผนงาน/โครงการ/ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>1.4 อปท.ทุกแห่ง ติดประกาศ/ข้อบังคับ เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญให้ประชาชนเห็นชัดเจน ณ ที่ทำการ/ตลาด/วัด</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>2.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และวิธีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 80</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td>2.2 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกเดือน</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>3.1 มีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในพื้นที่ทุกสัปดาห์</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>3.2 มีการรายงานสรุปผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายทราบ</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>3.3 ผู้นำชุมชนมีการประกาศแจ้งผลการสำรวจให้ประชาชนทราบทุกครั้ง</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบสถานที่ที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายมาก หรือที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง</td><td></td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ $\geq$ ร้อยละ 90 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด</td><td></td><td>5</td></tr></table> รอบที่ 1 ประเมิน ขั้นตอนที่ 1-3 รอบที่ 2 ประเมินทุกขั้นตอน			รอบที่ 1 ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 - 3 รอบ 2 ประเมินทุกขั้นตอน						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	รายละเอียดการดำเนินงาน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล ซึ่งประกอบด้วย นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข	1	1		1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน				1.3 มีแผนงาน/โครงการ/ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก				1.4 อปท.ทุกแห่ง ติดประกาศ/ข้อบังคับ เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญให้ประชาชนเห็นชัดเจน ณ ที่ทำการ/ตลาด/วัด			2	2.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และวิธีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 80	3	2		2.2 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกเดือน			3	3.1 มีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในพื้นที่ทุกสัปดาห์	5	3		3.2 มีการรายงานสรุปผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายทราบ				3.3 ผู้นำชุมชนมีการประกาศแจ้งผลการสำรวจให้ประชาชนทราบทุกครั้ง			4	นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบสถานที่ที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายมาก หรือที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง		4	5	การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ $\geq$ ร้อยละ 90 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด		5
รอบที่ 1 ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 - 3 รอบ 2 ประเมินทุกขั้นตอน																																																																																																								
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	รายละเอียดการดำเนินงาน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																																																																																																					
1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล ซึ่งประกอบด้วย นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข	1	1																																																																																																					
	1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน																																																																																																							
	1.3 มีแผนงาน/โครงการ/ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก																																																																																																							
	1.4 อปท.ทุกแห่ง ติดประกาศ/ข้อบังคับ เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญให้ประชาชนเห็นชัดเจน ณ ที่ทำการ/ตลาด/วัด																																																																																																							
2	2.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และวิธีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 80	3	2																																																																																																					
	2.2 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกเดือน																																																																																																							
3	3.1 มีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในพื้นที่ทุกสัปดาห์	5	3																																																																																																					
	3.2 มีการรายงานสรุปผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายทราบ																																																																																																							
	3.3 ผู้นำชุมชนมีการประกาศแจ้งผลการสำรวจให้ประชาชนทราบทุกครั้ง																																																																																																							
4	นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบสถานที่ที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายมาก หรือที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง		4																																																																																																					
5	การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ $\geq$ ร้อยละ 90 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด		5																																																																																																					

เอกสาร อ้างอิง	. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล/อำเภอ . แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ . ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับตำบล/อำเภอ . ประกาศ อบท.เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญ . หลักฐานการจัดการประชุม อสม. เรื่อง<u>ไข้เลือดออก และวิธีการสำรวจลูกน้ำและทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย</u> . แผนปฏิบัติงานสำรวจความชุกชุมลูกน้ำยุงลายระดับ / อำเภอ / ตำบล พร้อมคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบ . รายงานผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในระดับหมู่บ้าน / ตำบล / อำเภอ . รายงานการประชุมคณะกรรมการระดับตำบล / อำเภอ . รายงานการประชุมการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้าน . รายงานผลการติดตามแก้ไขปัญหา กรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือ ควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก	
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 51/44/21	การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก					
	2) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของคํามัธยฐาน ปี 2559–2563 ของจังหวัด					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของคํามัธยฐาน ปี 2559-2563 ของจังหวัด หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีปัจจุบัน ลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของคํามัธยฐาน ปี 2559–2563 ของจังหวัดหนองคาย					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / คปสอ. : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของคํามัธยฐาน ปี 2559 – 2563 ของจังหวัดหนองคาย					
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2564 เปรียบเทียบกับ คํามัธยฐาน ปี 2559–2563 ของจังหวัด เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2564 เปรียบเทียบกับ คํามัธยฐาน ปี 2559–2563 ของจังหวัด เดือน มกราคม-กรกฎาคม					
ระดับ	ระดับจังหวัด / คปสอ.					
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2564 B : จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ปี 2564 C : จำนวนประชากรของจังหวัด/อำเภอ ทั้งหมด					
รายการข้อมูล 2	D : อัตราป่วยลดลง E : อัตราป่วยคํามัธยฐานปี 2559 – 2563 <u>ของจังหวัด</u> A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2564					
สูตรคำนวณ	$A = (B/C) \times 100,000$ $D = (E-A)/E \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด / คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากคํามัธยฐาน ปี 2559–2563 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20				
	2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากคํามัธยฐาน ปี 2559–2563 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10				
	3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากคํามัธยฐาน ปี 2559–2563 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 0				
	4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากคํามัธยฐาน ปี 2559–2563 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10				
	5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากคํามัธยฐาน ปี 2559–2563 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.			
			2560	2561	2562	2563
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของคํามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	-34.4	- 26.2	73.0	148
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ต่อ ปชก.แสนคน	31.52	36.21	141.16	81.37
	คํามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ต่อ ปชก.แสนคน	48.4	49.05	38.12	32.74

	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2563 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัดหนองคาย (ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2563)							
	ลำดับ	คปสอ.	อัตราป่วย ต่อ ปชก.แสนคน		อัตราป่วยค่ามัธยฐาน ต่อ ปชก.แสนคน		เพิ่มขึ้น / ลดลง ร้อยละ	
	1	เมือง	86.22		32.74		163	
	2	ท่าบ่อ	141.12		32.74		331	
	3	ศรีเชียงใหม่	61.57		32.74		88	
	4	สังคม	35.29		32.74		7	
	5	โพนพิสัย	27.28		32.74		16	
	6	สระใคร	78.01		32.74		138	
	7	เผ่าไร่	107.16		32.74		227	
	8	รัตนวาปี	67.05		32.74		104	
		โพธิ์ตาก	130.58		32.74		298	
	จังหวัดหนองคาย		81.37		32.74		148	
	จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัดหนองคาย							
	ลำดับ	เดือน/ปี	2559	2560	2561	2562	2563	ค่ามัธยฐาน
	1	มกราคม	17	4	1	18	4	4
	2	กุมภาพันธ์	19	3	0	3	3	3
	3	มีนาคม	19	4	1	31	14	14
	4	เมษายน	7	6	5	66	7	7
	5	พฤษภาคม	8	16	23	68	23	23
	6	มิถุนายน	13	31	55	90	53	53
	7	กรกฎาคม	28	36	38	152	38	38
	8	สิงหาคม	29	27	20	96	29	29
	9	กันยายน	24	14	13	89	24	24
	10	ตุลาคม	7	11	11	75	11	11
	11	พฤศจิกายน	9	5	10	43	10	10
	12	ธันวาคม	3	7	12	6	7	7
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 51/44/21	การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก																																		
	3) 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	ระดับจังหวัด / คปสอ. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10																																		
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																																		
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2564																																		
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม - กรกฎาคม 2564																																		
ระดับจังหวัด/คปสอ.																																			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ที่ตายด้วยโรคไข้เลือดออก																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด / คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.00</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.70</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.40</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.10</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00				2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.00				3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.70				4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.40				5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.10			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00																																		
2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.00																																		
3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.70																																		
4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.40																																		
5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.10																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr><tr><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.10</td><td>ร้อยละ</td><td>0.53</td><td>0</td><td>0.47</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2561	2562	2563	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.10	ร้อยละ	0.53	0	0.47																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2561	2562	2563																															
อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.10	ร้อยละ	0.53	0	0.47																															
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอ 2. ทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. รายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วย																																		
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุญพงศ์ชัย		โทร. 08 1999 1702																																
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136																																

องค์ประกอบที่ 4 Innovation Base

ตัวชี้วัดที่ 52/45/-	จำนวนหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital
หน่วยวัด	จังหวัด : จำนวน คปสอ. : ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม Smart Hospital of MoPH Smart place/ Infrastructure 2561 - กำหนดเป้าหมาย 5 องค์ประกอบ Infrastructure ต้อง อนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม - ใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนการทำงาน บริเวณที่ไม่ต้องใช้การตัดสินใจ เช่น KIOSK ที่จุดคัดกรอง Smart Tools 2562 - นำ technology มาช่วยอำนวยความสะดวก ลดการรอคอยในโรงพยาบาล - Queue System จัดระบบการนัดหมายแบบ online, เหลือเวลา - การใช้ Q-display ในบริเวณที่ให้บริการ - Paperless OPD ,Electronic Medical Record: EMR - e-Prescription Smart Service 2563 - นำ technology มาใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เพื่อเพิ่ม Health literacy - Smart Identity เพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ - ผู้รับบริการ ได้รับการที่มีมาตรฐาน รวดเร็ว ไม่เสียเวลารอคอย - ข้อมูลผู้รับบริการมีความปลอดภัย - ลด Workload ทุกขั้นตอน ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน Smart Outcome 2565 - ERP (Enterprise Resource Planning) เพื่อการจัดการทรัพยากรทุกระบบงาน - ข้อมูลบริการและทรัพยากรของโรงพยาบาลมีความเป็นปัจจุบัน (real-time) เชื่อมโยงกันได้ทุกระบบ - คุณภาพการบริการที่มีระบบเทคโนโลยีช่วยสนับสนุน ต้องไม่ลดลงไปกว่าเดิม - ผู้รับบริการ - ได้รับข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ประโยชน์ในทุกระบบที่เหมาะสม ปลอดภัย - ได้รับความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการ - ผู้บริหารเชิงรุก และบริหารจัดการข้อมูล ตาม Business Process ได้ทุกที่ ทุกเวลา Smart Hospital 2567 - ระบบ IT ช่วยทำให้ รพ. - มีความปลอดภัย - มีคุณภาพ - มีประสิทธิภาพ + Green ให้ technology มารองรับการจัดการในทุกมิติ และ ทุกระบบงาน

1) Smart Place/Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ภูมิทัศน์ทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

2) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

3) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

	4) Smart Outcome โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม 5) Smart Hospital โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน เกณฑ์การประเมินผล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1) Smart Place 1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look 2) Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ) 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 3) Smart Services (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ) 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จาก ผู้รับบริการ 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD (ตรวจสอบข้อมูลจาก Server HIS Gateway) 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน
เป้าหมาย	รพท./รพช. ทุกแห่ง
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยทีมจังหวัด/ประเมินตนเอง

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564					
ระดับจังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ผ่านระดับคะแนน					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 5 แห่ง				
	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 6 แห่ง				
	3	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 7 แห่ง				
	4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 8 แห่ง				
	5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 9 แห่ง				
ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน 5					
เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน		ระดับคะแนน		
	Smart Place	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look		1		
	Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)	2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าต่างตรวจ		2		
		2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์		มี ≥ 2 ข้อ = 2 คะแนน		
		2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ		มี 1 ข้อ = 1 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน		
	Smart Services	3.1 มีแพทย์ตรวจเริ่มเวลา 08.30 น. ที่ OPD อย่างน้อย 1 จุด (90% ของวันราชการ)		1		
		3.2 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ		0.2		
		3.3 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)		0.2		
		3.4 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)		0.2		
		3.5 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD (ตรวจสอบข้อมูลจาก Server HIS Gateway)		0.2		
	3.6 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม		0.2			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital		แห่ง	--	--	3 แห่ง

	โรงพยาบาล	1.Smart Place	2.Smart Tools			3. Smart Service					ผ่านเกณฑ์
		G&C/Look Digital	Queue	Queue Online	Devices	ยกเลิกสำเนา	EMR	ใบสั่งยา	ข้อมูลรอคอย	นัดเตือนเวลา	
	หนองคาย	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	ผ่าน
	รพ.ท่าบ่อ	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-	ไม่ผ่าน
	โพนพิสัย	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	ผ่าน
	ศรีเชียงใหม่	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	-	ไม่ผ่าน
	สังคม	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	-	ไม่ผ่าน
	สระใคร	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	ผ่าน
	เผ่าไร่	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	-	ไม่ผ่าน
	รัตนวาปี	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	-	ไม่ผ่าน
	โพธิ์ตาก	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	✓	ไม่ผ่าน
	รพ.ที่ผ่านเกณฑ์	9	4	3	-	4	9	9	4	4	
เอกสารอ้างอิง		- แบบสอบถาม Smart Hospital สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข - ประเมินจากการตรวจเยี่ยม/ซักถาม การปฏิบัติงานจริง									
ผู้รับผิดชอบ	นายสัมพันธ์ บัณฑิตเสน นายภาสกร ประดับวงศ์ นายมนัสพงษ์ พลภูมิ นายธนากร ทองคำ						โทร. 08 5746 8710 โทร. 08 5924 9926 โทร. 08 7233 2023 โทร. 09 4127 6951				
	งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข						โทร. 0 4242 2923 ต่อ 106, 117				

ตัวชี้วัดที่ 53/46/22	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R,นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยบริการ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทุกระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัยหรือพัฒนาได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงนวัตกรรม (innovation) ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทาง การพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับจังหวัด เขต ประเทศและต่างประเทศ รวมถึงนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้ อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือ มีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ ตามคำจำกัดความของหมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี ผลงานวิจัย/R2R และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปเผยแพร่/ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้ 1)การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชิ้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น 2)การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น 3)การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในจังหวัดหนองคาย จำนวน 94 หน่วย
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ : ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80) ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (5 ขั้นตอน)
วิธีการประเมิน	แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R /รายงานผลการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
	2	ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
	3	ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
	4	ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
	5	ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	1. มีแผนงาน/โครงการ ซึ่งมีกิจกรรมพัฒนางานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ 2. มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการศึกษาวิจัย/R2R 3.คปสอ. มีการจัดทำโครงการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพพัฒนางานประจำในพื้นที่ 4.คณะทำงานฯ มีการควบคุม กำกับ ติดตามให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการ
	2	1.มีบุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย อย่างน้อย 2คนต่ออำเภอ 2.มีฐานข้อมูลจำนวนผลงานวิจัย/R2R ที่ดำเนินการในพื้นที่ 3.มีหน่วยงานที่กำลังดำเนินงานวิจัย/ R2Rเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล
	3	ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลังดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 60
	4	ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลังดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 80
5	ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลังดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 100	

	รอบที่ 2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปเล่มสมบูรณ์ หรือบทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 60
	2	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปเล่มสมบูรณ์ หรือบทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 80
	3	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปเล่มสมบูรณ์ หรือบทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 100
	4	หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในระดับ จังหวัด เขต ประเทศ ร้อยละ 60
	5	หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ผลงาน/ส่งผลงานเข้านำเสนอในระดับ จังหวัด เขต ระดับประเทศ ร้อยละ 80
ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	
รายการข้อมูล 1	A :	
รายการข้อมูล 2	B :	
สูตรคำนวณ	ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงาน มีแผนพัฒนางาน/โครงการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย
	2	พัฒนาบุคลากรในการพัฒนางานวิจัย R2R
	3	มีผลการวิเคราะห์ห้องค์กร/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
	4	ออกแบบกระบวนการวิจัย / ขอรับการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่การศึกษาวิจัยกระทำต่อมนุษย์
	5	หน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล
	รอบที่ 2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีผลงานวิจัย /R2R หรือบทความวิจัย(Manuscript) ที่เป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์
	3	มีการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์
	5	มีการเผยแพร่/นำเสนอผลงานวิชาการในเวทีวิชาการระดับจังหวัด หรือ เขต หรือ ประเทศ

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
						2561	2562	2563		
	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ,นวัตกรรมด้าน สุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ				ร้อย ละ	NA	NA	60		
	ผลการดำเนินงาน จำนวนผลงานวิจัย R2R ปีงบประมาณ 2563									
	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	66.67					
	6	สระใคร	5	5	100					
	7	เผ่าไร่	9	9	100					
	8	รัตนวาปี	8	8	100					
	9	โพธิ์ตาก	6	6	100					
	10	พิสัยเวหา	-	-	-					
		รวม	94	90	95.74					
	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 2.นางสุปราณี พานารัตน์ นักทรัพยากรบุคคล						โทร.0 4242 923 ต่อ107 โทร.0956699329		
งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล						โทร. 0 4242 923 ต่อ107				
หัวหน้ากลุ่มงาน	นางสาวกชนันท์ คิตเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล						โทรศัพท์. : 0956729645			

องค์ประกอบที่ 5 Potential Base

ตัวชี้วัดที่ 54/-/-	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้นจากปี 2560					
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 2562 ไฟล์ xxxx-LE&HALE_NK_2562 รอบที่ 2 ค่า LE และ HALE ปี 2563 ไฟล์ xxxx-LE&HALE_NK_2563					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2562) รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2563)					
ระดับจังหวัด	ค่า LE และ ค่า HALE					
รายการข้อมูล 1	A : ค่า LE และ HALE ปี 2560					
รายการข้อมูล 2	B : ค่า LE และ HALE ปี 2562/2563					
สูตรคำนวณ	B-A					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน LE	2. เกณฑ์การให้คะแนน HALE			
	1	ค่า LE ลดลง 1	ค่า HALE ลดลง 1			
	2	ค่า LE ลดลง 0.5	ค่า HALE ลดลง 0.5			
	3	ค่า LE คงที่	ค่า HALE คงที่			
	4	ค่า LE เพิ่มขึ้น 0.5	ค่า HALE เพิ่มขึ้น 0.5			
	5	ค่า LE เพิ่มขึ้น 1	ค่า HALE เพิ่มขึ้น 1			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2561	2562	2563
	ค่า LE	ปี	76.78	77.15	76.66	
	ค่า HALE	ปี	69.35	69.65	69.27	

	LE & HALE ปี 2560-2562						
	อำเภอ	2560		2561		2562	
		LE	HALE	LE	HALE	LE	HALE
	เมือง	77.49	69.94	77.12	69.58	76.56	69.18
	ท่าบ่อ	79.79	71.71	77.95	70.25	79.00	71.10
	โพนพิสัย	75.33	68.24	75.31	68.22	75.57	68.47
	ศรีเชียงใหม่	76.22	68.78	77.73	70.12	74.70	67.55
	สังคม	77.05	69.69	75.48	68.38	77.16	69.75
	สระใคร	74.14	67.17	75.80	68.68	73.71	66.88
	เผ่าไร่	75.16	68.04	78.13	70.48	77.14	69.71
	รัตนวาปี	74.74	67.68	78.59	70.85	77.52	69.90
	โพธิ์ตาก	74.94	67.96	74.99	67.85	75.64	68.55
จังหวัดหนองคาย	76.78	69.35	77.15	69.65	76.66	69.27	
เอกสารอ้างอิง	1. จำนวนประชากรแยกรายอำเภอจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ.2560-2563 2. จำนวนประชากรเสียชีวิต จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2560-2563						
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			

วิธีการประเมิน	- ประเมินจากเอกสาร รูปเล่มสรุปผลงาน และการส่งผลงาน file เอกสารตามขั้นตอนการ พัฒนาการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ด้านกระบวนการและผลลัพธ์													
	- ประเมินผ่านโปรแกรม eVaR													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564) รอบที่ 2 : เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564)													
ระดับจังหวัด	9 อำเภอ													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ.ที่ผ่านคุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ระดับ ดีมาก ขึ้นไป													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ.ทั้งหมด													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 4 อำเภอ</td></tr><tr><td>2</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 5 อำเภอ</td></tr><tr><td>3</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 6 อำเภอ</td></tr><tr><td>4</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 7 อำเภอ</td></tr><tr><td>5</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 8 อำเภอ</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 4 อำเภอ	2	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 5 อำเภอ	3	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 6 อำเภอ	4	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 7 อำเภอ	5	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 8 อำเภอ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 4 อำเภอ													
2	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 5 อำเภอ													
3	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 6 อำเภอ													
4	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 7 อำเภอ													
5	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 8 อำเภอ													
ระดับ คปสอ.	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับ ดีมาก ขึ้นไป													
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลการดำเนินงานคุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์													
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับปรับปรุง</td></tr><tr><td>2</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพัฒนา</td></tr><tr><td>3</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพอใช้</td></tr><tr><td>4</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดี</td></tr><tr><td>5</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีมาก</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับปรับปรุง	2	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพัฒนา	3	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับพอใช้	4	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดี	5	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีมาก
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													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน KPI ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามกำหนด													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน KPI ทั้งหมดที่ประเมิน													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>2</td><td>KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>3</td><td>KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 65</td></tr><tr><td>4</td><td>KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>5</td><td>KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75</td></tr></table>		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
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													

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
						2561	2562	2563
	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์				ร้อยละ	-	100% (9 อำเภอ)	88.89% (8 อำเภอ)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563							
	ลำดับ	คปสอ.	คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์			KPI 5 Goal Setting		
			คะแนนเต็ม	ผลคะแนน	ระดับ	ที่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
	1	หนองคาย	100	90.89	ดีมาก	79	58	73.42
	2	ท่าบ่อ	100	96.36	ดีมาก	77	66	85.71
	3	โพนพิสัย	100	93.28	ดีมาก	74	71	95.95
	4	ศรีเชียงใหม่	100	64.48	พอใช้	74	51	68.92
	5	สังคม	100	100	ดีมาก	74	64	86.49
	6	สระใคร	100	91.67	ดีมาก	73	55	75.34
	7	เผ่าไร่	100	93.61	ดีมาก	73	61	83.56
	8	รัตนวาปี	100	87.39	ดีมาก	73	59	80.82
	9	โพธิ์ตาก	100	98.24	ดีมาก	73	56	76.71
	10	พิสัยเวหา	-	-	-	44	27	61.36
		จ.หนองคาย	9 อำเภอ	ระดับดีขึ้นไป	8 อำเภอ	80	56	70.00
เอกสารอ้างอิง	1. แผนยุทธศาสตร์ 2. แผนปฏิบัติการ พขอ./แผนการจัดบริการตาม Service Plan 3. โครงการตามแผนปฏิบัติการ 4. รายงานการประชุม คปสอ. 5. ไฟล์การส่งสรุปการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ 6. สรุปผลการนิเทศงาน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 7. สรุปผลการประเมิน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 8. ภาพถ่ายการประเมิน/นิเทศ							
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์				โทร. 08-1592-7689			
	นางศิวพร เลียวานิชย์เจริญ				โทร. 08-1662-4126			
	นางบังอร พันนิก				โทร. 08-1717-2607			
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.หนองคาย				โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117, 119			

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
ด้านกระบวนการ					
1	ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอปัญหาสุขภาพจากประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้รับบริการ	5 คะแนน			คปสอ.รวบรวมสรุปประเด็น ผลประชาคมระดับตำบล
	- ไม่มีการจัดกระบวนการประชาคมฯ	0 คะแนน			- สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
	- จัดกระบวนการประชาคมฯ ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด	1 คะแนน			- ภาพกิจกรรม
	- จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ยังไม่ส่งสรุปผล	3 คะแนน			
	- จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนด และส่งสรุปผล	5 คะแนน			
2	หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5 คะแนน			จัดทำแผนสรุปเป็นรูปเล่ม อนุมัติแผนปฏิบัติการให้เสร็จสิ้น ภายในเดือนพฤศจิกายน 2563
		<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. เป็นผู้อนุมัติ (1)
		ร้อยละ 95 = 4 คะแนน			- รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ (2)
		ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			- ศสม./PCU รพ. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้อนุมัติ (3)
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ โครงการได้รับการลงนามภายในเดือนธันวาคม 2563	5 คะแนน			จัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการและโครงการได้รับการลงนามอนุมัติ ภายในเดือนธันวาคม 2563
		ร้อยละ <80% = 0			- กรณีโครงการที่มีจัดประชุม ออมรม สัมมนา ให้เสนอ นพ.สสจ.หนองคาย ลงนาม
		ร้อยละ 80 = 1 คะแนน			- กรณีโครงการที่ใช้งบกองทุนตำบล เมื่อได้รับการแจ้งจัดสรรงบประมาณ
		ร้อยละ 85 = 2 คะแนน			
		ร้อยละ 90 = 3 คะแนน			
		ร้อยละ 95 = 4 คะแนน			
		ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			
3.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน ส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ (เริ่ม ม.ค.64)	5 คะแนน	5 คะแนน		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน
		ไม่ส่ง=0	<3 เดือน=0		
		1 เดือน=3	3 เดือน=1		รอบที่ 1 ช่วงเดือน ม.ค.-ก.พ.64
		2 เดือน=5	4 เดือน=2		รอบที่ 2 ช่วงเดือน ม.ค.-ก.ค.64
			5 เดือน=3		
			6 เดือน=4		
			7 เดือน=5		
3.3	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ หน่วยงานมีการใช้จ่ายงบประมาณ ร้อยละ	5 คะแนน	5 คะแนน		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน
		<20=0	<60=0		มีผลการเบิกจ่ายงบประมาณตามกำหนด ดังนี้
		20=1 คะแนน	60=1 คะแนน		- ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่าย ร้อยละ 33
		25=2 คะแนน	55=2 คะแนน		- ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่าย ร้อยละ 55
		30=3 คะแนน	70=3 คะแนน		- ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่าย ร้อยละ 76
		35=4 คะแนน	75=4 คะแนน		- ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่าย ร้อยละ 98
		40=5 คะแนน	80=5 คะแนน		

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร ส่งไฟล์เอกสารครบทั้ง 6 ไฟล์ ช้ากว่ากำหนด	5 คะแนน 			

สรุปตารางให้คะแนน

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	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขของ คปสอ.	5			
	ด้านผลลัพธ์				
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	25			
	รวมคะแนน	60			