คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข

ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข
ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

พิมพ์ครั้งที่ 1
ตุลาคม 2564

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 และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 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 2564

องค์ประกอบที่ 1 Function Base

ตัวชี้วัดที่ 1/1/- 1.1/1.1/-	คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค (MOPH ITA 2022 : More open, to more transparent)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	(1) การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค(MOPH ITA 2022:More open, to more transparent) เป็นการประเมินเชิงบวกที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ โดยนำกรอบการประเมินมาปรับใช้ในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน แบ่งประเด็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส แบ่งออกเป็น 9 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1.การเปิดเผยข้อมูล 2.การจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ 3.การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล 4.การส่งเสริมความโปร่งใส 5.การรับสินบน 6.การใช้ทรัพย์สินของราชการ 7.การดาเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต 8.การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน 9.การเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร และกระทรวงสาธารณสุขยังคงขับเคลื่อนมาตรการ 3 ป. 1 ค.(ปลูก/ปลุกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข)แผนแม่บทการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี(พ.ศ.2560-2564) กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “กระทรวงสาธารณสุขใสสะอาด ร่วมต้านทุจริต” ด้วยการสร้างวัฒนธรรมต่อต้านการทุจริต ยกระดับธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการแบบบูรณาการ ปฏิรูปกระบวนการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งระบบให้มีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการวางรากฐานทางความคิดของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถแยกแยะระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวมได้ นอกจากตนเองจะไม่กระทำการทุจริตแล้ว จะต้องไม่อดทนต่อการทุจริตที่เกิดขึ้น บุคลากรสาธารณสุขจะต้องก้าวข้ามค่านิยมอุปถัมภ์และความเพิกเฉยต่อการทุจริตประพฤติมิชอบ เจตจำนงของผู้บริหารบุคลากรสาธารณสุขทุกคนที่ต้องการสร้างชาติที่สะอาดปราศจากการทุจริต มีการขับเคลื่อนนโยบายที่มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง(Self-Assessment) (2) ชี้มูล หมายถึง คณะกรรมการสืบสวนมีมติชี้มูลเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติหรือละเว้น การปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบเพื่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงแก่ผู้หนึ่ง ผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยทุจริต (3) คำสั่งลงโทษ หมายถึง คำสั่งลงโทษฐานปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ เพื่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงแก่ผู้หนึ่ง ผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยทุจริต
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลหนองคาย 3. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 92 และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : คปสอ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ระดับคะแนน 5
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน ดังนี้ 1. หน่วยงานเป้าหมายจะต้องการเปิดเผยข้อมูล(More open, to more transparent) ผ่านระบบ MOPH Integrity and Transparency Assessment System (MITAS)

<table>
<tr><td></td><td>2. รอบการประเมิน
รอบการประเมินครั้งที่ 1
1.1 เดือนกุมภาพันธ์ 2565
(1) ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT1- MOIT23) ทั้งหมด 23 ข้อ
(2) ชี้มูล (ข้อมูลตุลาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565)
(3) คำสั่งลงโทษ (ข้อมูลตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565)
รอบการประเมินครั้งที่ 2
2.1 เดือนกรกฎาคม 2565
(1) ส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT1- MOIT23) ทั้งหมด 23 ข้อ
(2) ชี้มูล (ข้อมูลตุลาคม 2564 - กรกฎาคม 2565)
(3) คำสั่งลงโทษ (ข้อมูลตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน MOPH ITA ที่ระดับคะแนน 5 ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนหน่วยงานที่ได้ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (More open, to more transparent) ในระดับ ≥ร้อยละ 92 และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>4</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน MOPH ITA ร้อยละ 92 และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (More open, to more transparent) ในระดับ >ร้อยละ 92 และไม่มี จนท.ถูกชี้มูล/ถูกลงโทษทางวินัยฐานทุจริตต่อหน้าที่ราชการ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด (รพ.+สสอ. รวม 2 แห่ง)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>คะแนนผ่านเกณฑ์ MOPH ITA ร้อยละ 82</td></tr>
<tr><td>2</td><td>คะแนนผ่านเกณฑ์ MOPH ITA ร้อยละ 87</td></tr>
<tr><td>3</td><td>คะแนนผ่านเกณฑ์ MOPH ITA ร้อยละ 92</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ระดับคะแนนที่ 3 และ หากมี จนท. ถูกชี้มูล หรือ ถูกลงโทษ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท. ถูกชี้มูล+ลงโทษ</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในระดับร้อยละ 92 ขึ้นไป และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>73.68</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	ผลการประเมิน ITA คะแนนผ่านเกณฑ์ 92%		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	2	2	100
2	ท่าบ่อ	2	2	100
3	โพนพิสัย	2	2	100
4	ศรีเชียงใหม่	2	1	50
5	สังคม	2	0	0
6	สระใคร	2	0	0
7	เฝ้าไร่	2	2	100
8	รัตนวาปี	2	1	50
9	โพธิ์ตาก	2	2	100
10	พิสัยเวช	-	-	-
	รวม	18	12	66.67

ลำดับ	คปสอ.	ผลการประเมินระดับคะแนน			คะแนน ITA	
		เป้าหมาย	ผลงาน	คะแนน	รพ.	สสอ.
1	หนองคาย	5	5	5	95.83	100
2	ท่าบ่อ	5	5	5	100	100
3	โพนพิสัย	5	5	5	100	100
4	ศรีเชียงใหม่	5	0	0	95.83	0
5	สังคม	5	0	0	54.17	91.67
6	สระใคร	5	0	0	91.67	0
7	เฝ้าไร่	5	5	5	95.83	95.83
8	รัตนวาปี	5	1	1	87.50	100
9	โพธิ์ตาก	5	5	5	100	100
10	พิสัยเวช	-	-	-	-	-
	รวม	9	5	5 แห่ง	6	6

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือ MOPH ITA 2022 : More open, to more transparent ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565
2. รายงานการสืบสวน + คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน
3. คำสั่ง ลงโทษทางวินัย
4. โปรแกรม MITAS

ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล นายเกียรติศักดิ์ คำอุ่น	โทร.089-7088301
	กลุ่มกฎหมาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 110 โทร 0 4241 3064

ตัวชี้วัดที่ 1/1/- 1.2/1.2/-	คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย** หมายความวา หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลทั่วไป , โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ **การตรวจสอบภายใน** หมายความว่า กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานของรัฐให้ดีขึ้น และจะช่วยให้หน่วยงานของรัฐบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ **การควบคุมภายใน** หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้าง ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ **การบริหารความเสี่ยง** หมายความว่า การนำความเสี่ยงที่มีอยู่ทั้งในระดับส่วนราชการ และระดับหน่วยงานมาดำเนินการวิเคราะห์หาระดับของความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการควบคุมในรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในตามแบบ ปค. 5 **วัตถุประสงค์** **1) การตรวจสอบภายใน** เพื่อให้ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 ผลการปฏิบัติงานสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับหน่วยรับตรวจ และสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการส่งเสริมให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด **2) การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง** เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 และที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด **คำนิยาม** **หน่วยงานของรัฐ** หมายความว่า ส่วนราชการ และหน่วยงานอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด **ผู้กำกับดูแล** หมายความว่า บุคคลหรือคณะบุคล ผู้หน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลหรือบังคับบัญชาของหน่วยงานของรัฐ **หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ** หมายความว่า ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานของรัฐ **ฝ่ายบริหาร** หมายความว่า ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานของรัฐ **ผู้ตรวจสอบภายใน** หมายความว่า ผู้ดำรงตำแหน่งตรวจสอบภายในของหน่วยงานหรือดำรงตำแหน่งอื่นที่ทำหน้าที่เช่นเดียวกับผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงานของรัฐ **การควบคุมภายใน** หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหารและบุคลากรหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ **ความเสี่ยง** หมายความว่า ความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งอาจเกิดขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

<table>
<tr><td></td><td>คำจำกัดความเฉพาะ
<u>หน่วยงานของรัฐ</u> หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐตามคำนิยามในหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561
<u>ส่วนงานย่อย</u> หมายถึง ส่วนงานภายใต้หน่วยงานของรัฐ ตามโครงสร้างการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน (กำหนดให้เป็นหน่วยรับตรวจ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/แผนกต่าง ๆ รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(กำหนดให้เป็นส่วนงานย่อย ของหน่วยรับตรวจนั้น ๆ)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง โรงพยาบาล 9 แห่ง</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 90
ระดับ คปสอ. : ผ่านทั้ง 2 หน่วยงาน</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ใช้การติดตามประเมินผลระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลรอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2564 (เกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดปี 2565) และการดำเนินงาน – ธันวาคม 2564
รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลรอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ได้รับการประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง (รพ./สสอ.)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>4</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 90</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>ร้อยละหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ของ คปสอ.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ของ คปสอ.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนหน่วยงาน ของ คปสอ. (รพ./สสอ.)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.</td><td>ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ของ คปสอ. แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>0</td><td>ไม่มีหน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯ ควบคุมภายในฯ 1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯ ควบคุมภายในฯ 2 แห่ง</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

ระดับหน่วยรับตรวจ	คะแนนผลการประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับตรวจ
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลการประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับตรวจ
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนรวมเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับตรวจ
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100

เกณฑ์การประเมินหน่วยรับตรวจ ระดับ สสจ./รพท./รพช./สสอ.

จำนวนคะแนนผลการประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับตรวจ แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	88.89	77.78	83.33
ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ	-	-	-

ผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ปีงบประมาณ 2564

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	1	50	4	5
5	สังคม	2	2	100	5	5
6	สระใคร	2	1	50	4	5
7	เฝ้าไร่	2	2	100	5	5
8	รัตนวาปี	2	1	50	4	5
9	โพธิ์ตาก	2	2	100	5	5
	รวม	18	15	83.33		
	รวม คปสอ.	9	6	66.67		
	หน่วยรับตรวจ (รวม)	19	16	84.21		

เอกสารอ้างอิง

1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
   2.1 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561
   2.2 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ		
	1.นางชญาภา อุปดิษฐิ์	โทร.09 7924 5469
	2.นายชัยมงคล ชัยสว่าง	โทร. 08 1260 7907
	งานตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 124, 134

เกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง (หน่วยรับตรวจ)
(หน่วยงานระดับ สสจ./สสอ./รพ.)

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง คะแนน 90 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

1. การประเมินผลการตรวจสอบภายใน

ตามแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบภายใน คณะกรรมการภาคีเครือข่ายระดับอำเภอและจังหวัด การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ประเด็น 9 รายการประเมิน คะแนนเต็ม 50 คะแนน ดังนี้

ประเด็นการประเมินผล	รายการประเมิน	คะแนน
1. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบภายในของหน่วยงานและการดำเนินงาน	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ของหน่วยงาน (ภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ)	5
	2. รายงานการประชุมคณะกรรมการตรวจสอบภายในของหน่วยงาน (ภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ)	5
2. การวางแผนการตรวจสอบภายใน ทุกกิจกรรมที่กำหนด และครอบคลุมทุกหน่วยงาน	3. แผนการตรวจสอบภายใน ของหน่วยงาน (ภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ)	5
	4. การวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงจากการตรวจสอบภายในของหน่วยงาน (รพ./สสอ./รพ.สต.) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 5 ข้อ/มาตรการสำคัญที่มีความเสี่ยงสูง 5 ข้อ (ตารางประเมินจัดลำดับความเสี่ยง)	10
3. การจัดทำและส่งรายงานการสอบทานการตรวจสอบภายในได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องทันตามกำหนดเวลา	5. รายงานผลการสอบทานการตรวจสอบภายในทุกกิจกรรมที่กำหนด และครอบคลุมทุกหน่วยงาน	5
	6. รายงานแนวทางปรับปรุงแก้ไขข้อทักท้วงจากการตรวจสอบภายในของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด	5
4. การนำผลการตรวจสอบภายใน ไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล และลดความเสี่ยงได้	7. บันทึกแจ้งเวียน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงมาตรการป้องกัน/ลดความเสียง จากการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายจังหวัด/อำเภอ ให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับทราบและถือปฏิบัติ	5
5. การติดตามและรายงานผลการตรวจสอบภายในโดยมีการปรับปรุงระบบงานตามผลการตรวจสอบภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	8. แผนการติดตามการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ	5
	9. รายงานผลการติดตามการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ	5
รวมคะแนนเต็ม		50

2. การประเมินผลการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ประเด็น 10 รายการประเมิน คะแนนเต็ม 50 คะแนน ดังนี้

ประเด็นการประเมินผล	รายการประเมิน	คะแนน
1. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ของหน่วยงานและการดำเนินงาน	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายในและรายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายในของหน่วยงาน	5
2. การจัดวางระบบการควบคุมภายใน ครอบคลุมทุกส่วนงานย่อย และหน่วยรับตรวจ	2. ผังโครงสร้างหน่วยงาน (ครบทุกส่วนงาน)	5
	3. คำสั่งการมอบหมายภารกิจงาน (ครบทุกส่วนงาน)	5
	4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flowchart) ครอบคลุมทุกส่วนงานย่อยของหน่วยงาน	5
	5. การประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน 5 องค์ประกอบ 17 หลักการ (ปค.4 ครบทุกส่วนงาน) และการวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงครอบคลุมกระบวนงาน ภารกิจ/แผนการดำเนินงานของหน่วยงาน (ครบทุกส่วนงาน) (ตารางประเมินจัดลำดับความเสี่ยง)	5
3. การจัดทำและส่งรายงานทุกระดับ ได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องทันตามกำหนดเวลา	6. รายงานการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อย แบบ ปค. 4/แบบ ปค. 5/แบบติดตาม ปค.5 (ส่วนงานย่อย)	5
	7. รายงานการควบคุมภายใน ของหน่วยงาน แบบ ปค.4/แบบ ปค. 5/แบบติดตาม ปค.5 (ภาพรวมหน่วยงาน) และหนังสือนำส่งรายงาน	5
4. การนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการจัดวาง ไปสู่การปฏิบัติ อย่างครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด	8. บันทึกแจ้งเวียน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงมาตรการป้องกัน/ลดความเสียง หรือแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน (จาก แบบ ปค.5)	5
5. การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	9. แผนการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	5
	10. สรุปรายงานผลการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	5
รวมคะแนนเต็ม		50

ผลคะแนน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
การประเมินผลการตรวจสอบภายใน	50	
การประเมินผลการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	50	
รวม	100	

ตัวชี้วัดที่ 2/2/-	ร้อยละหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติการเงินรุนแรง (Risk Score<6) (ค่าเป้าหมายส่วนกลาง: ร้อยละ รพ ที่มีความเสี่ยงระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และ ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง** หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง **(Total Performance Score version 3.0)** อย่างน้อยร้อยละ 80 และควบคุมภาวะวิกฤติทางการเงินไม่ให้ถึงขั้นรุนแรง (Risk Score < 6) *ทั้งนี้ หากมีภาวะวิกฤติการเงิน* ***ต้องมีแผนปรับปรุงประสิทธิภาพ***และรายงานผลการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังในประเด็นที่เฝ้าระวัง ประกอบด้วย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนน
1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)			10.0
1.1 ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin) 2 คะแนน			2.0
	1.1.1 แผนรายได้	± 5%	1.0
	1.1.2 แผนค่าใช้จ่าย	± 5%	1.0
1.2 ด้านการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย 2 คะแนน			2.0
	1.2.1 Unit Cost for OP	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
	1.2.2 Unit Cost for IP	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
	1.2.3 LC (ค่าแรง)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
	1.2.4 MC (ค่ายา)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
	1.2.5 MC (ค่า Lab)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
	1.2. 6MC (ค่าเวชภัณฑ์)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5
1.3 ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน			4.0
	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา&เวชภัณฑ์มิใช่ยา	≤ 90วัน	1.0
	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC	≤ 60วัน	0.5
	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ	≤ 60 วัน	0.5
	การบริหารสินค้าคงคลัง	≤ 3 เดือน	1.0
	คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น	100%	1.0
1.4 ด้านการบริหารสินทรัพย์ 2 คะแนน			2.0
	อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน	≥80% หรือเพิ่มขึ้น 5%	1.0
	Sum of AdjRW	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5%	1.0
2.ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน			5.0
2.1	ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
2.2	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	1.0
2.3	ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital)	≥ 0	1.0
2.4	ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA)	≥ 0	1.0
2.5	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

<table>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีภาวะวิกฤติการเงินรุนแรง (Risk Score <6)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมิน โดยใช้ข้อมูล จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564– ธันวาคม 2564 (สิ้นไตรมาส 1)
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – มิถุนายน 2565 (สิ้นไตรมาส 3)</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>จำนวนหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติการเงินรุนแรง (Risk Score<6)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 5 แห่ง</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 6 แห่ง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 7 แห่ง</td></tr>
<tr><td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 8 แห่ง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 9 แห่ง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวัง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับอำเภอ</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>4</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ร้อยละ 80 และ RisK Score < 6</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score)</td><td>แห่ง</td><td>1/9</td><td>3/9</td><td>8/9</td></tr>
<tr><td>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (≤ ร้อยละ 4)</td><td>ร้อยละ</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 6 (≤ ร้อยละ 6)</td><td>ร้อยละ</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

เอกสารอ้างอิง	1.แผนประมาณการรายได้-รายจ่าย (planfin) เทียบกับ รายงานทางการเงิน จากเว็บไซด์ (http://hfo.cfo.in.th)และแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน 2.รายงานคุณภาพรายงานทางการเงิน จากเว็บไซด์ (http://hfo.cfo.in.th) 3.รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการ จากเว็บไซด์ (http://hfo.cfo.in.th) 4.รายงาน/สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	
ผู้รับผิดชอบ	นางอัญชลีพร วุฒิเป๊ก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (เลขาฯ CFO จังหวัด)	โทร. 088-5639863
	นางชญาภา อุปดิษฐ์ งานตรวจสอบภายใน (planfin/แผนเงินบำรุง)	โทร. 097-9245469
	นางเกษศิริ เจือจันทึก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (การลงทุน/unit cost)	โทร. 089-6786956
	นายคัมภีร์ วงศ์วิเชียร กลุ่มงานประกันสุขภาพ (RCM)	โทร. 089-8611597
	นางใจทิพ ดาวภคนันท์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ศูนย์จัดเก็บรายได้)	โทร. 089-7116536
	นางอุดมศรี แสงสว่าง งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)	โทร.
	นางสาวอรัญญา มีลาน งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)	โทร.
	นางสาวจีระวรรณ ศรีอัคราช งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)	โทร.

องค์ประกอบที่ 2 Agenda Base

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 3/3/1</td><td>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75
และมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ อำเภอละ 2 ชุมชน</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>1.ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง
ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (วัยทำงาน 15-60 ปี วัยเรียน 7-14 ปี) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL.) และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์(HB.) ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75
2.ชุมชนจัดการจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน
ชุมชนมีการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 75
2.1 หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2.2 โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ
2.3 รพ.สต.
โดยชุมชนมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานพัฒนา HL&HB ทุกแห่ง และผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไปทุกอำเภอๆละ 8 ชุมชน มียุวอสม. อำเภอละ 8 โรงเรียน ๆละ 10 คน
3.ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ใน Google Form ของกองสุขศึกษา ใช้กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 50 คน โรงเรียนละ 50 คนทุกแห่งในตำบล ประเมินผลในโปรแกรม Health Gate ของกองสุขศึกษา สรุปผลการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ 1. ไม่ดี 2.พอใช้ 3.ดี 4.ดีมาก ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75 ถือว่าผ่านเกณฑ์ รวมถึงมีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ 2 ชุมชน (รพ.สต.มาตรฐานสุขศึกษา ระดับคุณภาพ+ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีเยี่ยม +.โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติ ระดับดีเยี่ยม)
4.รพ.สต.มีการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา โดยผ่านเกณฑ์ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 75 และมีระดับคุณภาพทุกอำเภอๆละ 8 แห่ง</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-60 ปี หมู่บ้านละ 50 คน
ประชาชนกลุ่มวัยเรียน อายุ 7-14 ปี โรงเรียนละ 50 คน</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ 75</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการประเมินระดับดีขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 55</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 65</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป</td><td>ร้อยละ 60</td><td>64.58</td><td>65.45</td><td>72.56</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	15,144	9,550	63.06
2	ท่าบ่อ	6,230	4,208	67.54
3	โพนพิสัย	4,874	4,645	95.30
4	ศรีเชียงใหม่	2,576	2,129	82.65
5	สังคม	2,828	2,261	79.95
6	สระใคร	1,399	966	69.05
7	เฝ้าไร่	3,650	3,175	86.99
8	รัตนวาปี	1,567	1,067	68.09
9	โพธิ์ตาก	1,850	1,110	60.00
10	รพ.พิสัยเวช	-	-	-
	จังหวัดหนองคาย	**40118**	**29111**	**72.56**

เอกสารอ้างอิง	1.แผนงาน/โครงการ/ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายวัยเรียน วัยทำงาน เรื่อง 3อ.2ส./โควิด-19/การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/วัณโรค และเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 2.แผนการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การแปรผล 3.แบบประเมิน แบบสรุปผล ภาพกิจกรรม	
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบ นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร งานสื่อสารองค์กรและประชาสัมพันธ์	โทร. 0 885602854

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) หมายถึง ความความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนในระดับบุคคลให้มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล รู้ เข้า ใจ วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข่าวสาร เลือกตัดสินใจ ในการจัดการสุขภาพตนเอง และชี้แนะบอกต่อคนอื่นได้

ความสามารถและทักษะของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน

“1.เข้าถึง 2.เข้าใจ 3.โต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน 4.ตัดสินใจ 5.เปลี่ยนพฤติกรรม 6.บอกต่อ”

องค์ประกอบ Health Literacy:HL	ความหมาย	คุณลักษณะสำคัญ
1.การเข้าถึง	ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	รู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์สืบค้นข้อมูล ตรวจสอบและเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2.การเข้าใจ	มีความรู้ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ สามารถเรียนรู้ จดจำ นำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง	มีความรู้ เข้าใจ สามารถอธิบายเนื้อหาสาระสำคัญและสัญลักษณ์ ฉลาก ตัวเลข ทางสุขภาพได้

องค์ประกอบ Health Literacy:HL	ความหมาย	คุณลักษณะสำคัญ
3.การโต้ตอบ ซักถาม	มีความสามารถสื่อสาร ให้ได้มาซึ่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องการ เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูสุขภาพตนเอง	สื่อสารด้วยวิธีการโต้ตอบ ซักถาม พูด อ่าน เขียน เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ถูกต้องตามความต้องการของตนเองได้
4.การตัดสินใจ	มีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยสามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ / หลีกเลี่ยง วิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี	ใช้เหตุผลวิเคราะห์ ผลดี ผลเสีย ของเนื้อหา หรือแนวทางปฏิบัติอย่างมีเหตุผล สามารถกำหนดทางเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี
5.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและจัดการสุขภาพตนเองได้	กำหนดเป้าหมาย และวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
6.การบอกต่อ	เป็นความสามารถในการอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ เกี่ยวกับกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้รูปแบบวิธีการต่างๆ และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้	เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพให้กับผู้อื่นได้ เผยแพร่ประสบการณ์ หรือข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้กับผู้อื่นได้ สามารถเสนอทางเลือกและจูงใจ ให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior : HB.) หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสีย ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จึงเป็นกลวิธีสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน ให้สามารถดูสุขภาพตนเอง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เป็นการลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงสูง ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศ และให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย.

ตัวชี้วัดที่ 4/4/-	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (ร้อยละ 100)
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง** - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิตจำนวน 165 แห่ง (หนองคาย 1 แห่ง) - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน734แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) (หนองคาย8แห่ง) **HA (Hospital Accreditation) หมายถึง** กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้ - HA ขั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ขั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น 2 - HA ขั้น 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 ขั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ 4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) **มาตรฐาน HA (ฉบับที่ 4 ประกาศ 1 ก.ค.61 ปรับปรุง ม.ค.62..ร่างฉบับที่ 5)**
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA-Reacc : ร.พ.หนองคาย, สระใคร, โพนพิสัย, สังคม, รพร.ท่าบ่อ 2. โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA-3 : ร.พ.ศรีเชียงใหม่, ร.พ.เฝ้าไร่,ร.พ.รัตนวาปี, ร.พ.โพธิ์ตาก 3. โรงพยาบาลเอกชน : ร.พ.พิสัยเวช อ.โพนพิสัย HA3
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : 5 ขั้นตอน
วิธีการประเมิน	การประกาศผลการประเมินโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการและการประเมินโดยทีม สสจ.
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
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) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด

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**

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ 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

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ ประเมินระดับ HA2

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มี CQI ในกลุ่มโรคสำคัญ + พัฒนาตาม GAP analysis ใน patient safety goal รวมกันอย่างน้อย 5 เรื่อง
2	มี CQI ในกลุ่มโรคสำคัญ + พัฒนาตาม GAP analysis ใน patient safety goal รวมกันอย่างน้อย 8 เรื่อง + มีการพัฒนางานของทีม RM, ENV, IC และอื่นๆ อย่างน้อย 2 เรื่อง
3	ผ่านระดับ 2 + มีการทำ medical record audit และนำแนวทางไปพัฒนาการบันทึก และไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 3 เรื่อง
4	ผ่านระดับ 3 + ส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองขั้น 2
5	ได้รับการรับรองขั้น 2

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ ประเมินระดับ HA3/Reacredit

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการดำเนินงานของทีมระดับกลางครบทุกทีม
2	(1)+ มีการเชื่อมโยงการทำงานของทีมกลาง
3	(1)+(2)+มีการติดตามของทีมนำสม่ำเสมอ
4	อยู่ในช่วงรอรับการประเมิน accreditation หรือ ประเมินรับรองไม่ผ่าน หรือ ติดfocusหลังการประเมินรับรอง หรือ ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองภายใน6เดือนหลังวันที่อายุการรับรองสิ้นสุดลง
5	อยู่ในช่วงเวลาการรับรอง หรือ อยู่ในช่วงการส่งการบ้านหลังการประเมินรับรอง หรือ อยู่ในช่วงรอรับการประเมินreaccreditation

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองHA ตามบันใดขั้น 3และ Re-acc	ร้อยละ	85.71	71.42	71.42	71.42	55.55

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	โรงพยาบาล	ระดับการผ่านปัจจุบัน	วันที่รับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ
1.	หนองคาย	**Re-acc3**	64	66/67	ประเมินผ่าน 23 มิ.ย.64 **รอประกาศ**
2.	สระใคร	**Re-acc2**	64	**.....67**	ขยาย1ปีตามประกาศ4รอประเมิน23กย64
3.	ศรีเชียงใหม่	**HA3**ปรับเป็น**HA2**	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60	ส่ง**HA3** ปี2564ระหว่างส่งเอกสาร
4.	เฝ้าไร่	**HA2**	10 พ.ค.62	9 พ.ค.63	ส่ง**HA3** ปี2564ระหว่างส่งเอกสาร
5.	รัตนวาปี	**HA2**	**.....64**	**.....65**	ประเมิน 25 ก.ค.**64รอประกาศ**
6.	โพธิ์ตาก	**HA2**	**5** ม.ค. 64	**6** ม.ค.65	
7	โพนพิสัย	**Re-acc3**	64	**...67**	ประเมินผ่าน มีค64
8	ท่าบ่อ	**Re-acc5**	26 พ.ย.62	**24** ธค.65	
9	สังคม	**Re-acc1**	27 มิ.ย.62	**25** ธค 65	
10	พิสัยเวช	**HA2**	15 ก.พ.	14 ก.พ.60	รพ.เอกชน..ส่ง **HA3**

เอกสารอ้างอิง	1.มาตรฐานHAฉบับที่4(ประกาศใช้ วันที่1กรกฎาคม2561,แก้ไขมกราคม2562)..ร่างฉบับที่5 2.กระบวนการพัฒนาHAตามบันได3ขั้น 3.ประกาศรับรองของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.)	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2.นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นายสมพร เจือจันทึก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. (มือถือ) 099-5760280 โทร. (มือถือ) 088-5713729 โทร. (มือถือ) 089-5711175
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 5/5/2	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) ได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยกำหนดคือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย **<u>บริหารดี ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี</u>** มีเกณฑ์ประเมิน 5 หมวด คะแนนรวมร้อยละ 100 (คะแนนเต็ม 410 คะแนน) ดังนี้ **หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี (25%)** (60 คะแนน) 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล 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 (คบส.) 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 ≥60- 69.99 **รพ.สต.ระดับ 4 ดาว** คะแนนรวม ร้อยละ ≥70- 79.99 **รพ.สต.ระดับ 5 ดาว** คะแนนรวม ร้อยละ ≥80 โดยคะแนนในแต่ละหมวด ≥ร้อยละ80 **<u>รอบที่ 1</u>** รพ.สต./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน ≥ร้อยละ 80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบฯ 2564 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ **<u>รอบที่ 2</u>** รพ.สต./PCU ผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาวคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนน ≥ร้อยละ 80) ร้อยละ 100 ของ เป้าหมายปีงบฯ 2564 รับรองโดยทีมจังหวัด

<table>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง ปีงบฯ 2561 จำนวน 31 แห่ง และปีงบฯ 2562 จำนวน 31 แห่ง รวมทั้งสิ้น 85 แห่ง</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td><u>ระดับ จังหวัด และ ระดับ คปสอ.</u>
หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 จำนวน 23 แห่ง ปีงบฯ 2561 จำนวน 31 แห่ง และปีงบฯ 2562 จำนวน 31 แห่ง รวมทั้งสิ้น 85 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100
<table>
<tr><th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">คปสอ.</th><th colspan="2">ผ่านรับรอง ปีงบฯ 2560</th><th colspan="2">ผ่านรับรอง ปีงบฯ 2561</th><th colspan="2">ผ่านรับรอง ปีงบฯ 2562</th><th colspan="3">เป้าหมายปีงบฯ 2565 รวม</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>รพ.สต.</th><th>PCU</th><th>รวม</th></tr>
<tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>3</td><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>5</td><td>2</td><td>8</td><td>2</td><td>10</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>10</td><td>0</td><td>10</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>8</td><td>0</td><td>15</td><td>1</td><td>16</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>1</td><td>7</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>1</td><td>6</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>1</td><td>7</td><td>1</td><td>8</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>1</td><td>7</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>6</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>19</td><td>4</td><td>31</td><td>0</td><td>24</td><td>7</td><td>74</td><td>9</td><td>85</td></tr>
</table>
<u>ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU)</u> : ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว คะแนนรวม<u>></u> ร้อยละ80 (โดยทุกหมวดต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>รอบที่ 1 ใช้ผลประเมินโดยทีมระดับอำเภอ
รอบที่ 2 ประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับ</td><td>จังหวัด /ระดับอำเภอ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 , ปีงบฯ 2561 ปีงบฯ2562 ที่ผ่านการประเมินรับรอง ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2564</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 , ปีงบฯ 2561 ปีงบฯ2562</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัดและระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 ปีงบฯ 2561 ปีงบฯ 2562 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2565 ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 ปีงบฯ 2561 ปีงบฯ 2562 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2565 ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 ปีงบฯ 2561 ปีงบฯ 2562 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2565 ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>4</td><td>หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 ปีงบฯ 2561 ปีงบฯ 2562 ที่ผ่านการประเมินรับรอง (ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

		2565 ร้อยละ 90
	5	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง ระดับ 5 ดาว ของ จ.หนองคาย ในปีงบฯ 2560 ปีงบฯ 2561 ปีงบฯ 2562 ที่ผ่านการประเมินรับรอง **(ประเมินใหม่) ระดับ 5 ดาว ในปีงบฯ 2565** 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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว	ร้อยละ	63.53 (85/54)	**100 (85/85)**	**100 (85/85)** งดประเมิน	100 85/85 งดประเมิน

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

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	เฝ้าไร่	6	6	100
8	รัตนวาปี	4	4	100
9	โพธิ์ตาก	6	6	100
10	พิสัยเวช	17	17	100
	รวม	85	85	100

เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) 2. ผลการประเมินตนเอง โดยทีมระดับอำเภอ 3. ผลการประเมินรับรองโดยทีมจังหวัด	
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทึก นางเสาวภาคย์ วงค์หินกอง	โทร. (มือถือ) 08-9571-1175 โทร. (มือถือ) 09-2138-3679
	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 6/-/-	**1) ร้อยละของหนวยบริการปฐมภูมิและเครือขายหนวยบริการปฐมภูมิที่เปดดำเนินการในพื้นที่** **2) จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ**
หน่วยวัด	ร้อยละ/จำนวน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ประชาชน หมายถึง** จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว **หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

หนวยบริการปฐมภูมิและเครือขายหนวยบริการปฐมภูมิตองผานเกณฑ 3 S ประกอบดวย

Staff - แพทยเวชศาสตรครอบครัว 1 คน รับผิดชอบประชากร โดยควรมีเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให บริการสุขภาพปฐมภูมิ

- พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เปนอยางนอย
- นักวิชาการ/เจาพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เปนอยางนอย

System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/-2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่

- มีรูปแบบการจัดบริการดวยหลักเวชศาสตรครอบครัว
- มีระบบใหคำปรึกษาเพื่อใหประชาชนเขาถึงไดสะดวกโดยใชเทคโนโลยี
- ระบบดูแลสงตอเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแมขาย หรือหนวยบริการที่มีศักยภาพสูงกวา
- การจัดบริการสงเสริมปองกันควบคุมโรคในชุมชน
- ไดรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแมขายในการจัดบริการ
- ขอมูลสถานะสุขภาพ กลุมวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

Structure - มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดลอม ที่เอื้ออำนวยตอการใหบริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผูรับบริการสถานที่ตั้งหนวยบริการอยูในพื้นที่ที่สะดวกตอการเขารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผูรับบริการในเขตพื้นที่ของหนวยบริการนั้น

***พื้นที่ที่มีหนวยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งหนวยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
- เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

แผนจัดตั้งหนวยบริการปฐมภูมิและเครือขายหนวยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2560-2565

เป้าหมาย

ระดับ จังหวัด : 1) **หนวยบริการปฐมภูมิและเครือขายหนวยบริการปฐมภูมิที่เปดดำเนินการในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ 44** (จำนวน 23 ทีม)

(เป้าหมายตามแผน 10 ปี ของจังหวัด จำนวน 53 ทีม)

ลำดับ	อำเภอ	ผลการดำเนินการจำนวนทีม	เป้าหมาย(ตามแผน 10 ปี)			หมายเหตุ
			2564 (แต่ยังไม่ขึ้นทะเบียน)	2565	รวมเป้าหมาย (สะสม 2564-2565)	
1	หนองคาย	13	3	-*	3	
2	ท่าบ่อ	2	2	-	2	
3	โพนพิสัย	1	2	1	2	
4	ศรีเชียงใหม่	0	1	1	1	
5	สังคม	1	-	-	-	
6	สระใคร	0	-	-	-	
7	เฝ้าไร่	0	1	1	1	

8	รัตนวาปี	1	-	1	1	
9	โพธิ์ตาก	0	-	1	1	
	รวม	18	9	5	14	(32 ทีม)

2) จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ร้อยละ 50

อำเภอ	ประชากร (คน)	เป้าหมาย แผน 10 ปี 2563-/2569	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ที่ขึ้นทะเบียน				เป้าหมาย 2565	
			จำนวนทีม	ร้อยละ	ครอบคลุมประชากร	ร้อยละ	จำนวนทีม	ประชากร
เมืองหนองคาย	150,438	16	13	68.75	115,165	73.76	0*	0
ท่าบ่อ	82,368	8	2	25.00	19,055	22.99	0	0
โพนพิสัย	98,282	11	1	9.00	9,091	9.19	1	11,688
ศรีเชียงใหม่	30,072	3	0	0	0	0	1	8,038
สังคม	25,548	3	1	33.33	8,676	34.21	0	0
สระใคร	26,541	3	0	0	0	0	0	0
เฝ้าไร่	50,912	4	0	0	0	0	1	11,386
รัตนวาปี	37,990	4	1	25.00	8,707	22.91	1	9,790
โพธิ์ตาก	15,284	4	0	0	0	0	1	15,335
รวม	517,435	53	18	28.30	151,987	29.37	5 (43.39%)	56,237

เป้าหมาย

เป้าหมายพื้นที่	
ปี 2563-2564	ปี 2565
1.รพ.สต.โพนสว่าง(13,366)	1.รพ.สต.นาหนัง(11,688)
2.รพ.สต.วัดธาตุ(9,625)	2.รพ.สต.หนองปากปลา(8,038)
3.รพ.สต.บ้านเดื่อ อ.ท่าบ่อ(7,872)	3.รพ.สต.วังหลวง(11,386)
4. .PCU โพนพิสัย (12,462)	4.รพ.สต.โพนแพง(9,790)
5.รพ.สต.เดื่อ อ.เมือง(7,463)	5.PCU โพธิ์ตาก(15,335)
6.รพ.สต.บ้านถ่อน อ.ท่าบ่อ(6,439)	
7.รพ.สต.เซิม อ.โพนพิสัย(8,006)	
8.PCU ศรีเชียงใหม่(10,751)	
9.PCU เฝ้าไร่(10,925)	

วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดหนวยบริการปฐมภูมิ
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหนวยบริการปฐมภูมิดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเครือข่ายที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิทีมหมอครอบครัวทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A-B)/A x 100

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด

ระดับคะแนน	1) เกณฑ์การให้คะแนน
1	พื้นที่ที่มีหนวยบริการปฐมภูมิสะสม 29% (15 ทีม)
2	พื้นที่ที่มีหนวยบริการปฐมภูมิสะสม 33% (17 ทีม)
3	พื้นที่ที่มีหนวยบริการปฐมภูมิสะสม 37% (19 ทีม)
4	พื้นที่ที่มีหนวยบริการปฐมภูมิสะสม 40% (21 ทีม)
5	พื้นที่ที่มีหนวยบริการปฐมภูมิสะสม 44 % (23 ทีม) ***

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด

ระดับคะแนน	2) เกณฑ์การให้คะแนน
1	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์ฯ ร้อยละ 10
2	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์ฯ ร้อยละ 20
3	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์ฯ ร้อยละ 30
4	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์ฯ ร้อยละ 40
5	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์ฯ ร้อยละ 50

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละหนวยบริการปฐมภูมิและเครือขายหนวยบริการปฐมภูมิที่เปดดำเนินการในพื้นที่	ทีม	0	8	7	3

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	อำเภอ	2562	2563	ปี 2564	เปิดดำเนินการ (สะสม 2564)	หมายเหตุ
1	หนองคาย	4	11	2	13	(ครอบคลุมประชากรร้อยละ 62)
2	ท่าบ่อ	2	2	-	2	
3	โพนพิสัย	1	1	-	1	
4	ศรีเชียงใหม่	-	-	-	-	
5	สังคม	1	1	-	1	
6	สระใคร	-	-	-	-	
7	เฝ้าไร่	-	-	-	-	
8	รัตนวาปี	-	-	1	1	
9	โพธิ์ตาก	-	-	-	-	
	รวม	8	15	3	18	29.37%

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ **พ.ศ.2562**
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข : ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC,
แบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทึก	โทร. (มือถือ) 08-9571-1175
	นางเสาวภาคย์ วงศ์หินกอง	โทร. (มือถือ) 09-2138-3679
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 7/6/3	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**1. หน่วยบริการ** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข **2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟนฟูสภาพ เชน - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองคความรู สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใชทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือสวนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำตน ราก เป็นตน - การนวดเพื่อการรักษา-ฟนฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟนฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟนฟูสภาพ - การทับหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อสงเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อสงเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อสงเสริมสุขภาพ - การใหคำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การใหคำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัก **3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก - การแพทย์แผนจีน เชน ฝงเข็ม รมยา ครอบแกว/ครอบกระปุก - การแพทย์ทางเลือก เชน สมาธิบำบัด หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง **4. 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 2564 รพ./รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9 แห่ง ดังนี้ - รพ. ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ 7 แห่ง ได้แก่ รพ.หนองคาย, รพร.ท่าบ่อ, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สระใคร, รพ.เฝ้าไร่, รพ.รัตนวาปี และรพ.พิสัยเวช - รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.เดื่อ, เทศบาลเมืองหนองคาย, เทศบาลนาโพธิ์ และรพ.สต.คอกช้าง **5. ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนมารับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งหมด (ทั้งแผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก) **6. ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** หมายถึง ประชาชนได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น 1) รพศ./รพท.อย่างน้อยร้อยละ 11 2) รพช.อย่างน้อยร้อยละ 19 3) รพ.สต.อย่างน้อยร้อยละ 36
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการทุกระดับ - หน่วยบริการมีการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 80 ระดับ รพ.สต. : ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36 (รพท.ร้อยละ 11, รพช.ร้อยละ 19)
วิธีการประเมิน	1. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. จังหวัดประเมินมาตรฐานการให้บริการแพทย์แผนไทยไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 80
รายการข้อมูล 1	**A :** จำนวนแห่งหน่วยบริการมีการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
รายการข้อมูล 2	**B :** จำนวนแห่งหน่วยบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A/B x 100

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด/
- ระดับคปสอ.

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.
ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36

รายการข้อมูล 1
A : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

รายการข้อมูล 2
B : จำนวนครั้งประชาชนมารับบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

สูตรคำนวณ
A/B x 100

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ รพ.สต.
- รพท./รพช.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (รพ.สต.)	รพช.	รพท.
1	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 12	ร้อยละ 15	ร้อยละ 7
2	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 18	ร้อยละ 16	ร้อยละ 8
3	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 24	ร้อยละ 17	ร้อยละ 9
4	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 30	ร้อยละ 18	ร้อยละ 10
5	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 36	ร้อยละ 19	ร้อยละ 11

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	90.70	87.21	87.21

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	341,050	40,870	11.98
2	ท่าบ่อ	214,105	36,699	17.14
3	โพนพิสัย	177,668	60,193	33.88
4	ศรีเชียงใหม่	61,553	12,664	20.57
5	สังคม	81,563	43,378	53.18
6	สระใคร	49,066	8,763	17.86
7	เฝ้าไร่	81,290	29,431	36.20
8	รัตนวาปี	65,710	21,185	32.24
9	โพธิ์ตาก	34,145	11,420	33.45
10	พิสัยเวช	39,059	5,636	14.43
	รวม	1,145,209	270,239	23.60

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	20	16	80.00
2	ท่าบ่อ	11	10	90.91
3	โพนพิสัย	16	16	100.00
4	ศรีเชียงใหม่	7	6	85.71
5	สังคม	6	6	100.00
6	สระใคร	4	2	50.00
7	เฝ้าไร่	8	7	87.50
8	รัตนวาปี	7	6	85.71
9	โพธิ์ตาก	6	6	100.00
10	พิสัยเวช	1	0	0.00
	รวม	86	75	87.21

เอกสารอ้างอิง

1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. ขั้นตอนการรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. บันทึกประวัติผู้ป่วย
4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม
5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
6. ภาพกิจกรรม

ผู้รับผิดชอบ

นส.จรัสศรี อาจศิริ	โทร. 081-5447472
นส.จรัสศรี บุญคงทอง	โทร. 085-2172338
น.ส.วรรณิตา โปตะวัฒน์	โทร. 061-1209544
นายนราธิป วิเวกเพลิน	โทร. 087-2347766
นายณัฐพล ดีกลาง	โทร. 087-8260174
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	โทร. 0 4242 923 ต่อ 109

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 7.1/6.1/3.1</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>1. ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ ยาปรุงเฉพาะราย
2. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลคาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข
4. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข มีการจ่ายยาสมุนไพร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5 ซึ่งในปี 2564 รพ./รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ 8 แห่ง ดังนี้
- รพ. ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ 8 แห่ง ได้แก่ รพ.หนองคาย, รพร.ท่าบ่อ, รพ.โพนพิสัย, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สระใคร, รพ.เฝ้าไร่, รพ.รัตนวาปี และรพ.พิสัยเวช</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>- ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ
- มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม
2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
3. จังหวัดประเมินมาตรฐานการให้บริการแพทย์แผนไทยไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : มูลค่าการใช้ยาทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 0.5</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 1.0</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 1.5</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 2.0</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 2.5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5</td><td>ร้อยละ</td><td>1.89</td><td>2.34</td><td>2.43</td><td>1.93</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	229,173,497.10	2,133,481.44	0.93
2	ท่าบ่อ	76,596,608.03	1,246,230.65	1.63
3	โพนพิสัย	72,727,572.39	1,682,035.59	2.31
4	ศรีเชียงใหม่	14,521,823.50	603,129.15	4.15
5	สังคม	16,690,155.35	1,628,607.80	9.76
6	สระใคร	8,612,000.61	240,275.75	2.79
7	เฝ้าไร่	20,288,891.44	668,294.85	3.29
8	รัตนวาปี	14,599,152.45	442,355.00	3.03
9	โพธิ์ตาก	4,347,683.41	383,361.60	8.82
10	พิสัยเวช	52,184,311.00	823,860.00	1.58
	รวม	509,741,695.28	9,851,631.83	1.93

เอกสารอ้างอิง

1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. ขั้นตอนการรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. บันทึกประวัติผู้ป่วย
4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม
5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
6. ภาพกิจกรรม

ผู้รับผิดชอบ

นส.จรัสศรี อาจศิริ	โทร. 081-5447472
นส.จรัสศรี บุญคงทอง	โทร. 085-2172338
น.ส.วรรณิตา โปตะวัฒน์	โทร. 061-1209544
นายนราธิป วิเวกเพลิน	โทร. 087-2347766
นายณัฐพล ดีกลาง	โทร. 087-8260174
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	โทร. 0 4242 923 ต่อ 109

ตัวชี้วัดที่ 8/7/-	**อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร**
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**การฆ่าตัวตาย** หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ (รหัส X60-X84) **อัตรา**การ**ฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน** หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตายในจำนวนประชากรแสนคน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในจังหวัดหนองคายทุกคน
เป้าหมาย	ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/โปรแกรม 506S
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 :ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม2565
ระดับจังหวัด/คปสอ.	
สูตรคำนวณ	อัตราการฆ่าตัวตาย = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2565 x 100,000 / ประชากรกลางปี

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 12 ต่อแสนประชากร
2	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 11 ต่อแสนประชากร
3	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร
4	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 9 ต่อแสนประชากร
5	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตรา	3.72	4.02	3.07

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	ประชากรกลางปี	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตรา
1	หนองคาย	150,780	1	0.66
2	ท่าบ่อ	82,910	0	-
3	โพนพิสัย	98,984	3	3.04
4	ศรีเชียงใหม่	30,860	3	9.71
5	สังคม	25,506	1	3.95
6	สระใคร	26,930	2	7.47
7	เฝ้าไร่	52,256	5	9.57
8	รัตนวาปี	38,768	1	2.58
9	โพธิ์ตาก	15,341	0	-
	รวม	521,886	16	3.07

เอกสารอ้างอิง	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 8.1/7.1/-	**ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 85**
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย **ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 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	ร้อยละ 85
วิธีการประเมิน	โปรแกรม HOSxP / 43 แฟ้ม
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม2565
ระดับจังหวัด/คปสอ.	
รายการข้อมูล 1	**A :** จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2565
รายการข้อมูล 2	**B :** จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ จำนวนประชาการกลางปีอายุ15 ปีขึ้นไป x ค่าประมาณการ (2.7) 100
สูตรคำนวณ	สูตรการหาร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.	

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70
3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75
4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 80
5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	67.46	94.82	100.17

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	3418	3392	99.97
2	ท่าบ่อ	1910	1947	105.16
3	โพนพิสัย	2206	2030	93.25
4	ศรีเชียงใหม่	703	718	103.16

	5	สังคม	560	771	139.93
	6	สระใคร	596	462	78.57
	7	เฝ้าไร่	1163	1247	108.34
	8	รัตนวาปี	859	732	86.12
	9	โพธิ์ตาก	344	317	92.96
		รวม	11759	11666	100.17

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 8.2/7.2/-	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 95
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ผู้พยายามฆ่าตัวตาย** : ผู้กระทำการปลิดชีวิตตนเอง มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิต เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้นหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อม ด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่เสียชีวิตด้วยเหตุใดก็ตามและมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศของ องค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD–10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) **การดูแลช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง** ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการคัดกรอง เฝ้าระวังด้วยวิธีการและ/หรือเครื่องมือสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ได้รับบริการตรวจรักษาตามอาการและได้รับการดูแลด้านสังคมจิตใจ ตามลักษณะปัญหา หรือ อาการที่พบ ได้แก่ การให้ยา สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษา การทำจิตบำบัด ฯลฯ เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ควรจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15-30 วัน ตามสภาพความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ **ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ** หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทาร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบาบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการ จนปลอดภัย และไม่กลับมาทา ร้ายตนเองซ้ำอีกครั้งในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565) **การบันทึกข้อมูล** บันทึกในโปรแกรม Dashboard และโปรแกรมดูแลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย รง.506S ผ่านทางwebsite www.suicidethai.com
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ.
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/โปรแกรม 506S
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 :ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม2565
ระดับจังหวัด	
สูตรคำนวณ	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (รายเก่าปี 64 + รายใหม่ปี 65) x 100 จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ **75**
2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ **80**
3	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ **85**
4	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ **90**
5	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ **95**

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ **95**	ร้อยละ	100	100	100

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ	ได้รับการติดตามเยี่ยม	ร้อยละ
1	หนองคาย	32	32	100
2	ท่าบ่อ	23	23	100
3	โพนพิสัย	14	14	100
4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100
5	สังคม	10	10	100
6	สระใคร	9	9	100
7	เฝ้าไร่	9	9	100
8	รัตนวาปี	6	6	100
9	โพธิ์ตาก	4	4	100
	รวม	108	108	100

เอกสารอ้างอิง

1. โปรแกรม HDC
2. โปรแกรม Dashboard
3. โปรแกรม รง 506s (www.suicidethai.com)

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล นางสาวยลจิต บุตรเวทย์	โทร. (มือถือ) 089-7102475
ชื่อ-สกุล นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา	โทร. (มือถือ) 091-0607182
งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	โทร. 0 424 13354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 9/-/-	ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด** หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการ เข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์และ 4 สัปดาห์ นับเป็นจำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา,เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา-ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัย เช่นวันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัยครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินการรักษามะเร็งเป็นต้น-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ **หมายเหตุ** ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์และการรายงานให้แยกกลุ่มMetastatic **ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด** หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบ่าบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วย นับเป็นสัปดาห์และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและน่ามาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่นรังสีรักษา,ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงานออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ **ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา** หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบ่าบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัดนับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงานออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ **หมายเหตุ** ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ท่าการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรกไม่เกิน 6 สัปดาห์ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic **มะเร็ง 5 อันดับแรก** คือ โรคมะเร็งที่มีอัตราป่วยสูง 5 อันดับแรก ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก คือ 1.มะเร็งเต้านม 2.มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3.มะเร็งลำไส้ 4.มะเร็งปอด 5.มะเร็งปากมดลูก
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบ่าบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา
เป้าหมาย	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 75%

<table>
<tr><td></td><td>2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 75%
3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 75%</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>- แบบรายงานผู้ป่วย ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล Thai cancer base
- โปรแกรม 43 แฟ้ม และ HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมิน</td><td>รอบที่ 1 : กุมภาพันธ์ -มีนาคม 2565
รอบที่ 2 : มิถุนายน-กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B (S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 55%</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 60%</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 65%</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 70%</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 75%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">KPI</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัย ภายใน 4 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td><td>94.53%</td><td>86.51%</td><td>73%</td></tr>
<tr><td>ผู้ป่วยมะเร็งได้รังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td><td>95.56%</td><td>75%</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>ผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75</td><td>100%</td><td>95.57%</td><td>93%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td>1. ฐานข้อมูลการตายของ สนย.
2. ฐานข้อมูลประชากร
3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
4. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai cancer based)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ผู้รับผิดชอบ</td><td>1.นางศิรพร มณี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต</td><td>โทร 093 9797082</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</td><td>โทร 042 413345 ต่อ 105</td></tr>
<tr><td>2.นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์</td><td>โทร. 097-3024137</td></tr>
<tr><td></td><td>โรงพยาบาลหนองคาย</td><td>โทร 042 413456-65</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 10/8/4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพละคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว **2. แผนการดูแลรายบุคคล** (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง **3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์** หมายถึง - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกรายรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) **** โดยการประเมินผ่าน **Blue Book Application กรมอนามัย**
วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
เป้าหมาย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 90
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป
แหล่งข้อมูล	- Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย

<table>
<tr><td></td><td>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม LTC รายงานประจำเดือนกรมอนามัย /ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan
หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในจังหวัดหนองคายที่เข้าร่วมโครงการ LTC
หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด/
- ระดับ คปสอ./
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Care Plan ร้อยละ</td><td>30</td><td>50</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Care Plan ร้อยละ</td><td>35</td><td>60</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Care Plan ร้อยละ</td><td>40</td><td>70</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Care Plan ร้อยละ</td><td>45</td><td>80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Care Plan ร้อยละ</td><td>50</td><td>90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan</td><td>ร้อยละ</td><td>84.14</td><td>80.06</td><td>93.88</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td>ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>อำเภอ</th><th>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</th><th>จำนวน Care Plan</th><th>ร้อยละการจัดทำ Care plan</th></tr>
<tr><td>เมือง</td><td>388</td><td>367</td><td>94.59</td></tr>
<tr><td>ท่าบ่อ</td><td>322</td><td>302</td><td>93.79</td></tr>
<tr><td>โพนพิสัย</td><td>344</td><td>309</td><td>89.83</td></tr>
<tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>166</td><td>162</td><td>97.59</td></tr>
<tr><td>สังคม</td><td>290</td><td>280</td><td>96.55</td></tr>
<tr><td>สระใคร</td><td>55</td><td>55</td><td>100</td></tr>
<tr><td>เฝ้าไร่</td><td>105</td><td>90</td><td>85.71</td></tr>
<tr><td>รัตนวาปี</td><td>38</td><td>37</td><td>97.37</td></tr>
<tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>25</td><td>25</td><td>100.00</td></tr>
<tr><td>รวม</td><td>1,733</td><td>1,627</td><td>93.88</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">1. โปรแกรม 3 C กรมอนามัย</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นางสุธิดา ดวงพุทธา</td><td>โทร. 089-7152599</td></tr>
<tr><td>นายเทอดไทย เหมืองทอง</td><td>โทร. 082-1240925</td></tr>
<tr><td>งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</td><td>โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 11/9/5	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
	1) ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง **พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์** หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบยาเส้น 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรับประทานยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก **หมายเหตุ:** 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิต ประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยานและการท่องเที่ยว(ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561 –2573) 3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2565) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2561
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะ ในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละ 10 ของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥12 คะแนน

<table>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย
2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน
3. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U)
4. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) สมุดสุขภาพประชาชน
2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ ,สำนักอนามัย (กรณีพื้นที่ กทม.) และ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
3. ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง และศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 – 13
4. ระบบการให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For you (H4U)
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ผ่านเกณฑ์ทั้ง 8 ข้อ) ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ๋ว
3. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
4. พิจารณาจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)
5. คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน
6. Application Health For You (H4U)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับ</td><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ผ่านเกณฑ์ทั้ง 8 ข้อ)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน (ร้อยละ 10 ของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>สูตรการคำนวณ ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
$= \frac{A}{B} \times 100$
หมายเหตุ: จำนวนผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/ ระดับ คปสอ./ ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</td><td>25</td><td>30</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</td><td>30</td><td>35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</td><td>35</td><td>40</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</td><td>40</td><td>45</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</td><td>45</td><td>50</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</td><td>ร้อยละ</td><td>54.4 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)</td><td>52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)</td><td>71.91 (จากแบบประเมินคัดกรองพฤติกรรมที่พึงประสงค์)</td><td>61.92 (จากแบบประเมินคัดกรองพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 15 มิ.ย.64)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จังหวัดหนองคาย (แยกตามข้อคำถาม)

อำเภอ	จำนวนที่ได้รับการประเมินทั้งหมด	1.ตรวจสุขภาพ	2.แปรงฟัน	3.กิจกรรมทางกาย	4.กินผักผลไม้	5.ดื่มน้ำ	6.ไม่สูบบุหรี่	7.ไม่ดื่มสุรา	8.การนอน	ผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ
เมืองหนองคาย	3,395	3,332 (98.14)	3,037 (89.46)	2,669 (72.62)	2,999 (88.34)	2,958 (87.13)	3,318 (97.73)	3,367 (99.18)	2,897 (85.33)	2,392 (70.46)
ท่าบ่อ	6,016	5,603 (93.14)	4,502 (74.83)	3,826 (63.60)	4,171 (69.33)	4,355 (72.39)	5,644 (93.82)	5,918 (98.37)	4,754 (79.02)	2,835 (47.12)
โพนพิสัย	3,995	3,950 (98.87)	3,770 (94.37)	3,328 (83.30)	3,556 (89.01)	3,804 (95.22)	3,519 (88.09)	3,548 (88.81)	3,464 (86.71)	2,807 (70.26)
ศรีเชียงใหม่	1021	1,003 (98.24)	847 (82.96)	894 (87.56)	940 (92.07)	966 (94.61)	1,007 (98.63)	1,005 (98.43)	894 (87.56)	689 (67.48)
สังคม	676	660 (97.63)	534 (78.99)	596 (88.17)	635 (93.93)	638 (94.38)	672 (99.41)	674 (99.70)	621 (91.86)	484 (71.60)
สระใคร	174	172 (98.85)	159 (91.38)	151 (86.78)	155 (89.08)	152 (87.36)	173 (99.43)	174 (100.00)	141 (81.03)	134 (77.01)
เฝ้าไร่	378	367 (97.09)	344 (91.01)	332 (87.83)	356 (94.18)	351 (92.86)	371 (98.15)	377 (99.74)	344 (91.01)	288 (76.19)
รัตนวาปี	467	463 (99.14)	435 (93.15)	385 (82.44)	409 (87.58)	408 (87.37)	466 (99.79)	467 (100.00)	401 (85.87)	349 (74.73)
โพธิ์ตาก	710	707 (99.58)	553 (77.89)	531 (74.79)	612 (86.20)	618 (87.04)	699 (98.45)	710 (100.00)	653 (91.97)	495 (69.72)
รพ.พิสัยเวช	131	99 (75.57)	8 (6.11)	2 (1.53)	16 (12.21)	88 (67.18)	99 (75.57)	99 (75.57)	3 (2.29)	31 (23.66)
รวม	**16,963**	**16,356 (95.42)**	**14,189 (83.65)**	**12,741 (75.11)**	**13,849 (81.64)**	**14,338 (84.53)**	**15,968 (94.13)**	**16,339 (96.32)**	**14,172 (83.55)**	**10,504 (61.92)**

ที่มา : ข้อมูลจาก H4U MOPH ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2564

เอกสารอ้างอิง	1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ๋ว 3. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4. คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุธิดา ดวงพุทธา	โทร. 089-7152599
	นายเทอดไทย เหมืองทอง	โทร. 082-1240925
	งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

แบบประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระดับจังหวัด

อำเภอ	ประชากรผู้สูงอายุที่มี ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	เป้าหมายคัดกรอง 10%	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ข้อ								ผ่านเกณฑ์ 8 -ข้อ
			ข้อ 1 ออกกำลังกาย	ข้อ 2 กินผักผลไม้ประจำ	ข้อ 3 ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว	ข้อ 4 ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น	ข้อ 5 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	ข้อ 6 ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	ข้อ 7 นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ	ข้อ 8 ดูแลสุขภาพช่องปาก	
เมือง											
ท่าบ่อ											
โพนพิสัย											
ศรีเชียงใหม่											
สังคม											
สระใคร											
เฝ้าไร่											
รัตนวาปี											
โพธิ์ตาก											
รวม											

แบบประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระดับอำเภอ

ตำบล	ประชากรผู้สูงอายุที่มี ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	เป้าหมายคัดกรอง 10%	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ข้อ								ผ่านเกณฑ์ 8 -ข้อ
			ข้อ 1 ออกกำลังกาย	ข้อ 2 กินผักผลไม้ประจำ	ข้อ 3 ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว	ข้อ 4 ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น	ข้อ 5 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	ข้อ 6 ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	ข้อ 7 นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ	ข้อ 8 ดูแลสุขภาพช่องปาก	
ตำบล 1											
ตำบล 2											
ตำบล 3											
ตำบล 4											
ตำบล 5											
ตำบล 6											
รวมอำเภอ											

ตัวชี้วัดที่ 11/9/5	**ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน**
	2) ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว **2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์** หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ เกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ ดังนี้ **องค์ประกอบที่ 1** ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย - ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) **องค์ประกอบที่ 2** ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหา ด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพ รายบุคคล (Care Plan) **องค์ประกอบที่ 3** มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิง ป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ - มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาด และควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มี ภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น **องค์ประกอบที่ 4** มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอครอบครัว/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตาม แผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) **องค์ประกอบที่ 5** มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถใน การประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก - กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม **องค์ประกอบที่ 6** มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย - ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan - ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ที่ทำการประเมินและ

รับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี

ระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว หมายถึง ทุกหน่วยบริการมีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่กำหนด 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว

1.1 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL) แบ่งออกเป็น

1) ติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) : พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น/ชมชน/สังคมได้

2) ติดบ้าน (5-11 คะแนน) : ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

3) ติดเตียง (0-4 คะแนน) : พึงตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

1.2 ประเมินตามชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. 4 กลุ่ม

1) เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนับ (TAI:B3)

2) เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C4,3,2)

3) ที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I 3)

4) ที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ ในระยะท้ายของชีวิต(TAI:I 2,1)

กลุ่มที่ 2 การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) สุขภาพช่องปาก

4) สุขภาวะทางตา (ต้อกระจก) 5) ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

กลุ่มที่ 3 การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่

1) สมรรถภาพสมอง (MMSE)) 2) ภาวะซึมเศร้า

3) ข้อเข่าเสื่อม 4) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

กลุ่มที่ 4 การคัดกรองภาวะโภชนาการ(รอบเอว)

หมายเหตุ

1) มีข้อมูลจำนวนประชากรทุกกลุ่มวัยในพื้นที่และจำนวนผู้สูงอายุ

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุรายบุคคล และรายกลุ่ม

3) มาตรการ/โครงการ/กิจกรรม ในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม

3. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์เทศบาลฯ มีการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ระดับตำบล หรือระดับชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ **และบันทึกผลการประเมินชมรมในโปรแกรมหน้า web สสจ.หนองคาย ที่ http://203.157.92.5/miss_nk/**

3.1 เกณฑ์การให้คะแนน มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 5 หมวด

1) หมวดข้อมูลทั่วไป	คะแนนเต็ม	15 คะแนน
2) หมวดกรรมการ	คะแนนเต็ม	10 คะแนน
3) หมวดกฎ กติกา	คะแนนเต็ม	10 คะแนน
4) หมวดการระดมทุน	คะแนนเต็ม	20 คะแนน
5) หมวดกิจกรรม	คะแนนเต็ม	45 คะแนน
	คะแนนรวมทั้ง 5 หมวด	100 คะแนน

3.2 เกณฑ์ในการตัดสินเพื่อประเมินรับรองมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ระดับดีเด่น	ได้คะแนน	80	คะแนนขึ้นไป
ระดับดีมาก	ได้คะแนน	70-79	คะแนน
ระดับดี	ได้คะแนน	60-69	คะแนน

<table>
<tr><td></td><td>ระดับพื้นฐาน ได้คะแนน 50-59 คะแนน
4. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 12 วัน จากกรมอนามัย
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข็มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนในจังหวัดหนองคาย
2) ตำบลทุกตำบล (จำนวน 62 ตำบล) ใน 9 อำเภอของจังหวัดหนองคาย</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับ จังหวัด/คปสอ. : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care :LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100
ระดับ รพ.สต. : ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 ข้อ</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ Vision 2020 /โปรแกรมชมรมผู้สูงอายุ/ประเมิน/สำรวจ/</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ทุกองค์ประกอบ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนตำบลทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>30</td><td>80</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>35</td><td>85</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>40</td><td>90</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>45</td><td>95</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ตำบล Long Term Care ร้อยละ</td><td>50</td><td>100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ รพ.สต.</td><td></td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2 ข้อ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 ข้อ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 ข้อ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ข้อ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 ข้อ</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์</td><td>ร้อยละ</td><td>75.81</td><td>91.04</td><td>100.00</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงานร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ครบ 7 องค์ประกอบ (ที่มีการโอนเงินแล้ว) ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	อำเภอ/คปสอ.	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงานที่มีการโอนเงิน (แห่ง)	ร้อยละ
1	หนองคาย	16	16	100.00
2	ท่าบ่อ	10	10	100.00
3	โพนพิสัย	11	11	100.00
4	ศรีเชียงใหม่	4	4	100.00
5	สังคม	5	5	100.00
6	สระใคร	3	3	100.00
7	เฝ้าไร่	5	5	100.00
8	รัตนวาปี	5	5	100.00
9	โพธิ์ตาก	3	3	100.00
	รวม	62	62	100.00

ร้อยละ อปท.ที่เข้าร่วมดำเนินการฯมีการโอนงบประมาณจากกองทุนฯไปที่หน่วยจัดบริการ ปี 2559-2564

ที่	อำเภอ	พื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการ ปี 2559-2564				ผลรวมทั้งหมด	หมายเหตุ (พื้นที่ที่ยังไม่มีการโอน)
		มีการโอน (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มีการโอน (แห่ง)	ร้อยละ		
1	เมือง	16	100.00	0	0	16	-
2	ท่าบ่อ	12	100.00	0	0	12	-
3	โพนพิสัย	12	100.00	0	0	12	-
4	ศรีเชียงใหม่	5	100.00	0	0	5	-
5	สังคม	6	100.00	0	0	6	-
6	สระใคร	3	100.00	0	0	3	-
7	เฝ้าไร่	5	100.00	0	0	5	-
8	รัตนวาปี	5	100.00	0	0	5	-
9	โพธิ์ตาก	3	100.00	0	0	3	-
	รวมทั้งหมด	67	100.00	0	0	67	-

ที่มา : ข้อมูลจาก สปสช. เขต 8 อุดรธานี ประจำเดือน มิถุนายน 2564

เอกสารอ้างอิง

1) คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) คู่มือ แนวทางการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care)
3) คู่มือ การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2562

ผู้รับผิดชอบ

นางสุธิดา ดวงพุทธา	โทร. 089-7152599
นายเทอดไทย เหมืองทอง	โทร. 082-1240925
งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 11/9/5	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
	3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
หน่วยวัด	≥ ร้อยละ 30
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**คลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) **กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)** หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2) **การดูแลรักษา** หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ พลัดตกหกล้ม **จังหวัดหนองคาย มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป** จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และ โรงพยาบาลโพนพิสัย โดย โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ผ่านการประเมินรับรองจากกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลโพนพิสัยอยู่ในระหว่างขอรับการประเมินฯ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

เกณฑ์เป้าหมาย :

รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
1) ภาวะสมองเสื่อม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
2) ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th) -
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย 1)	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (A/B) x 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย 2)	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565 หมายเหตุ : รายงานให้ สสจ.เป็นรายไตรมาส
เกณฑ์การให้คะแนน **- ระดับจังหวัด/** **- คปสอ.** **(รพ.หนองคาย/** **รพร.ท่าบ่อ/** **รพ.โพนพิสัย)**	

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	5	26
2	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	10	27
3	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	15	28
4	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	20	29
5	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	25	30

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	5	26
2	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	10	27
3	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	15	28
4	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	20	29
5	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	25	30

เกณฑ์การประเมิน ปี 2565

ตัวชี้วัด	**รอบ 3** เดือน	**รอบ 6** เดือน	**รอบ 9** เดือน	**รอบ 12** เดือน
1) ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30
2) ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30

เกณฑ์การประเมิน **ปี 2566**

ตัวชี้วัด	**รอบ 3** เดือน	**รอบ 6** เดือน	**รอบ 9** เดือน	**รอบ 12** เดือน
1) ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40
2) ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40

เกณฑ์การประเมิน **ปี 2567**

ตัวชี้วัด	**รอบ 3** เดือน	**รอบ 6** เดือน	**รอบ 9** เดือน	**รอบ 12** เดือน
1) ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50
2) ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 47.5	≥ ร้อยละ 50

Small Success ปี 2565

3 เดือน	**6 เดือน**	**9 เดือน**	**12 เดือน**
• การจัดทำคู่มือการลงข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ • การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website • อบรมแนวทางการดำเนินงานและการลงบันทึกข้อมูล	• โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 1</u> โดยผ่าน Website คลินิกผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ • สถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับ ดูแลโรงพยาบาล ให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	• โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 2</u> โดยผ่าน Website คลินิกผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ • สถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับ ดูแลโรงพยาบาล ให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	• โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 3</u> โดยผ่าน Website คลินิกผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ • สถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำ และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ

วิธีการประเมินผล	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต 3. website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการลงบันทึกคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 5. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td colspan="3">
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน
ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>- ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
(หมายเหตุ – เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565)</td><td>ร้อยละ</td><td>-

-</td><td>-

-</td><td>-

-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นางสุธิดา ดวงพุทธา</td><td colspan="2">โทร. 089-7152599</td></tr>
<tr><td>นายเทอดไทย เหมืองทอง</td><td colspan="2">โทร. 082-1240925</td></tr>
<tr><td>งานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</td><td colspan="2">โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 12/10/-	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
หน่วยวัด	ขั้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด **อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง **กลุ่มเปราะบาง** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ** พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559) **คุณภาพ หมายถึง** มีผลการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับ

<table>
<tr><td></td><td>ชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE (รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง)
ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2565 อย่างน้อย 2 ประเด็น)
วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><td>ป 2562</td><td>ป 2563</td><td>ป 2564</td><td>ป 2565</td><td>ป 2566</td></tr>
<tr><td>60%</td><td>70%</td><td>75%</td><td>75%</td><td>80%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. มีแผนและดำเนินการตามแผน โดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง
3. มีการประเมินประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE โดยผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/ระดับเขต (External Audit)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564– กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนอำเภอทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) × 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด</td><td>รอบที่ 1 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 3 ขั้นตอน
รอบที่ 2 พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td><td>5 อำเภอ</td><td>5 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td><td>6 อำเภอ</td><td>6 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td><td>7 อำเภอ</td><td>7 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td><td>8 อำเภอ</td><td>8 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td><td>9 อำเภอ</td><td>9 อำเภอ</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td></td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.</td><td>รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน
รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน
<table>
<tr><th rowspan="2">ขั้นตอน</th><th rowspan="2">เกณฑการใหคะแนน</th><th colspan="2">คะแนน</th></tr>
<tr><th>รอบ 1</th><th>รอบ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>- มีการสรรหาแตงตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ 8:6:7 อยางโปรงใสเปนธรรม
- มีวาระการประชุมคณะกรรมการ พชอ.</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>2</td><td>- มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแกไขปญหาอยางนอย 2 ประเด็น
- มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบท
- มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ รองรับการจัดการประเด็นปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลกลุ่มเปราะบาง</td><td>3</td><td>2</td></tr>
<tr><td>3</td><td>- มีการดำเนินการการบริหารจัดการสรางกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีสวนรวมของทุกภาคสวน
- มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เข่าสูกระบวนการพัฒนาเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยใช UCCARE คืนขอมูลการประเมินตนเองในวาระการประชุมคณะกรรมการเพื่อระดมแนวคิดแกไขปญหา
- มีแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด ที่สามารถปฏิบัติรวมกันไดและนำสูผลลัพธ</td><td>5</td><td>3</td></tr>
<tr><td>4</td><td>-มีผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผานเกณฑคุณภาพ 1 ประเด็น และการดูแลกลุ่มเปราะบาง ---มีการติดตามผล/เสริมพลังและประเมินรับรองโดยทีมอำเภอและจังหวัด)</td><td>-</td><td>4</td></tr>
<tr><td>5</td><td>-มีผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผานเกณฑคุณภาพ 2 ประเด็น และการดูแลกลุ่มเปราะบาง----มีการติดตามผล/เสริมพลังและประเมินรับรองโดยทีมอำเภอและจังหวัด)</td><td>-</td><td>5</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td><table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td><td>จำนวน</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>5 ขั้นตอน</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>9 แห่ง</td><td>9 แห่ง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพ.ศ.2561
2. คู่มือแนวทางการดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
3. หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นายสมพร เจือจันทึก
นายอุไรรัตน์ ศรีสม</td><td>โทร. (มือถือ) 08-9571-1175</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย</td><td>โทร. 0 4242 923 ต่อ 120</td></tr>
</table>

เกณฑการใหคะแนนตามแนวทาง UCCARE

UCCARE	ระดับคุณภาพ 1, 2, 3, 4, 5				
	1. เริ่มมีแนวทาง	**2. เริ่มดำเนินการ**	**3. ดำเนินการเปน ระบบ และหรือ ครอบคลุม**	**4. เรียนรู**	**5. บูรณาการ**
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและดำเนินงาน ตามหนาที่ในสวนที่ รับผิดชอบ	มีการทำงานรวมกันเปน ทีมในบางประเด็น	เปน Cross functional team ระหวางฝาย/คิด วางแผนและ ดำเนินการร่วมกัน ระหวางฝาย	Fully integrate เปนโครงขายทีม เดียวกัน (ทั้งแนวราบ แนวนอน)	ชุมชนภาคีภาคส่วนต างๆ รวมเป็นเครือ ข ายในทีม
Customer Focus	มีชองทางในการรับรู และเขาใจความตอง การของประชาชนและ ชุมชน	มีชองทางในการรับรู และเขาใจความตอง การของประชาชนและ ชุมชนที่หลากหลาย	นำความตองการของ ประชาชนและชุมชน มาปรับปรุงระบบการ ทำงาน	นำความตองการของ ชุมชนมาปรับปรุง ระบบงานและมีการ ขยายแลกเปลี่ยนเรียน รู	นำความตองการของ ชุมชนเปลี่ยนระบบ งานที่ตอบสนองกับ ภาระกิจของเครือขาย บริการปฐมภูมิ อยาง เหมาะสม
Community Participation	มีแนวทางในการรับรู และสรางการมีส่วน ร่วมของชุมชนและ ประชาชน	เริ่มดำเนินการสรา งการรับรูและสราง การมี สวนรวมของ ชุมชนและประชาชน	ชุมชนเริ่มมีสวนรวม คิดในการดำเนินการ ของเครือขายบริการ ปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น อยางขยายวงกวาง	ชุมชนรวมวางแผนมี แนวทางชัดเจนวา จะดำเนินการเมื่อไหร อยางไรใครมี สวนรวม	ชุมชนเขามารวม ประเมินผลการ ดำเนินงานเครือ ข ายบริการปฐมภูมิ
Appreciation & Human Resource	มีแนวทางหรือวิธีการ ในการดูแลพัฒนาและ สรางความผูกพันของ บุคลากร	เริ่มดาเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการใน การดูแลพัฒนาและ สรางความผูกพันของ บุคลากร	ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ดูแลพัฒนาและสราง ความผูกพันของ บุคคลากรใหสอดคล้อง กับภารกิจที่จำเป็น อย่างเปนระบบ	เครือขายบริการปฐม ภูมิมีการเรียนรู ทบทวนกระบวนการ ดูแลพัฒนาและสราง ความผูกพันของ บุคคลากรให้สอดคล องกับภารกิจที่จำเปน	สรางวัฒนธรรมองค กรใหบุคลากรมีความ ภาคภูมิใจและรับรู คุณคาในงานของ ตนเอง
Resource Sharing	มีแนวทาง/วิธีการในกา สนับสนุนการใช ทรัพยากรและแนวทาง ของระบบสนับสนุน บริการปฐมภูมิ	เริ่มมีการวางแผนรวม กันในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการนำขอมูลจากทุก หนวยงานมาทำแผน และมีการดำเนินการ เพื่อสนับสนุนใหบรรลุ ตามพันธกิจขององคกร	มีการทบทวนและปรับ การใชทรัพยากรที เหมาะสม/อยางมี เงื่อนไข (ปรับเปลี่ยน ทรัพยากร)	มีการใชทรัพยากร โดยยึด mission ของ องคกร (ไมมีกำแพง กัน) และ/หรือมีการใช ทรัพยากรจากชุมชน
Essential Care	เริ่มมีแนวทางในการ จัดบริการตามบริบท ตามความ ตองการ ของชุมชน	มีการดำเนินการใน บางสวน	มีการขยายการ ดำเนินงานในสวนอื่นๆ	มีการนำความตองการ ของชุมชนและภาค ส่วนอื่นๆ มาปรับปรุง กระบวนการ	ชุมชน กลุมประชากร เปาหมาย มีการ แบ่งปันและใช ทรัพยากรรวมกันตาม บริบท

ตัวชี้วัดที่ 13/11/6	รอบที่ 1 : จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 70 รอบที่ 2 : ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**อสม.หมอประจำบ้าน หมายถึง** ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด **ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง** ผู้ติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง **คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง** ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิต **บทบาทหน้าที่ อสม.หมอประจำบ้าน** 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. เป็นแกนนาเครือข่ายดูแลสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย 8. เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม. /ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
เป้าหมาย	รอบที่ 1 อสม. : ร้อยละ 70 รอบที่ 2 ผู้ป่วย : ร้อยละ 75
วิธีการประเมิน	โปรแกรม xx /ประเมิน/สำรวจ/.....
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A :จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
สูตรคำนวณ	A/B x 100

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.

รอบที่ 1

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการชี้แจงนโยบาย แนวทางการพัฒนายกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน
2	มีแผนจัดการอบรม หลักสูตร และจำนวน อสม.กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ารับการพัฒนาที่ชัดเจน
3	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 50
4	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 60
5	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 70

รอบที่ 2

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 35
2	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 45
3	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 55
4	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 65
5	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 75

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
1. จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	ร้อยละ 70	NA	100	100
2. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 75	NA	100	100

ผลการดำเนินงานพัฒนา อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ปี 2563 - 2564

ลำดับที่	อำเภอ	อสม.หมอประจำบ้าน		ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลฯ		**เป้าหมาย ปี 2565**	
		2563	2564	2563	2564	อสม.หมอประจำบ้าน	กลุ่มผู้ป่วยฯ
1	เมืองหนองคาย	181	155	543	1,085	180	1260
2	ท่าบ่อ	106	91	318	637	106	742
3	โพนพิสัย	143	143	429	1,001	143	1001
4	ศรีเชียงใหม่	43	43	129	301	43	301
5	สังคม	36	36	108	252	36	252
6	สระใคร	41	41	123	287	41	287
7	เฝ้าไร่	75	73	225	511	73	511
8	รัตนวาปี	64	62	192	434	62	434
9	โพธิ์ตาก	27	27	81	189	27	189
10	รพ.พิสัยเวช	**16**	**16**	**48**	**112**	**16**	**112**
รวมทั้งสิ้น		**732**	**687**	**2,196**	**4,809**	**727**	**5,089**

เอกสารอ้างอิง	1. มีการชี้แจงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนายกระดับ อสม.เป็น อสมหมอประบ้านแก่หน่วยบบริการและกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง 2. มีแผนงาน เป้าหมาย หลักสูตรที่จะพัฒนา อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน 3. มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.กลุ่มเป้าหมายตามแผนงานโครงการ 4. มีการประเมินศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ตามมาตรฐานของหลักสูตร 5. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ 6. มีผลการลงบันทึกในโปรแกรมใน Thaiphc.net	
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบ 1.นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย 2.นางสาวสุพาภรณ์ คนองเดช	โทร. 0819547617 โทร 0855363597
	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 14/12/-</td><td>สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>การเกิดโรคอุบัติใหม่เป็นผลจากปัจจัยหลายประการ เช่นการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร, เชื้อโรค, วิถีชีวิตและพฤติกรรมมนุษย์, การรบกวนธรรมชาติ ระบบนิเวศวิทยาและการคมนาคมที่ทันสมัย จังหวัดหนองคายเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่พบว่า มีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านๆมา รวมถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จำนวน 3,038 ราย แม้จะมีการติดเชื้อจากที่อื่นแล้วเดินทางเข้ามาจังหวัดหนองคาย แต่ด้วยความรุนแรงและโอกาสการแพร่กระจายของโรค ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องนั้น ยังคงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะความชำนาญ เรียนรู้ที่จะทำให้เกิดระบบการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่นี้ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่กับการประสานบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป้าประสงค์การไม่เกิดโรคอุบัติใหม่ใน generation ที่ 2 และลดผลกระทบเสียหายที่จะตามมาในอีกหลาย ๆ ด้านได้ต่อไป</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับ จังหวัด : 9 อำเภอ
ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ระดับจังหวัด : รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอแล้วประมวลผลเป็นระดับจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนอำเภอที่ดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนอำเภอทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคให้สงบภายใน 21-28 วัน (5 อำเภอ)</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคให้สงบภายใน 21-28 วัน (6 อำเภอ)</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคให้สงบภายใน 21-28 วัน (7 อำเภอ)</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคให้สงบภายใน 21-28 วัน (8 อำเภอ)</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อำเภอสามารถควบคุมโรคให้สงบภายใน 21-28 วัน (9 อำเภอ)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>ระดับคปสอ. : ดำเนินงานขั้นตอนการควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน ดังนี้
1. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์/ทีมสอบสวนโรค (SAT&JIT) และศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานระบาดวิทยาตามที่กำหนด (ข้อมูลได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานของ คปสอ. จากงานระบาดวิทยา สสจ.หนองคาย)
2. คปสอ.ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ โดยอาศัยกรอบการดำเนินงานจากส่วนกลางและการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือ</td></tr>
</table>

	หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง 3. คปสอ.ดำเนินงานตามแนวทาง (มาตรการ) 4 แนววิถีชีวิตใหม่ (New normal) ครอบคลุม หลักเกณฑ์ ได้แก่ 1). ผลการคัดกรองผู้เข้าหลักเกณฑ์ PUI 2). ผลงานความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในพื้นที่ ≥ร้อยละ 70 3).ข้อมูลสำรวจความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ของหน่วยงาน และ 4) รายงานผลงานการดำเนินงานตามมาตรฐานปลอดภัยองค์กร (COVID-19 Free Setting)
รายการข้อมูล 1	**5 ขั้นตอน**
เกณฑ์การให้คะแนน **- ระดับ คปสอ.**	

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คปสอ.ดำเนินการตามเกณฑ์งานระบาดวิทยา ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของจังหวัดผ่านมาตรฐาน SAT&JIT ร้อยละ 100
2	คปสอ.ดำเนินการตามเกณฑ์งานระบาดวิทยา ตัวชี้วัดย่อยระดับดีของจังหวัดผ่านมาตรฐาน SRRT-IHR ร้อยละ 60-100
3	สรุปรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (โควิด-19) ตามกรอบแนวทางจากส่วนกลางร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
4	ผลดำเนินงานตามแนวทางมาตรการ 4 มาตรฐานตามแนววิถีชีวิต (New normal) ที่ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นรูปธรรม 1) ผลการคัดกรองผู้เข้าหลักเกณฑ์ PUI 2) ผลงานความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในพื้นที่ ≥ร้อยละ 70 3) ข้อมูลสำรวจความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ของหน่วยงาน 4) รายงานผลงานการดำเนินงานตามมาตรฐานปลอดภัยองค์กร (COVID-19 Free Setting)
5	ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ไม่มีผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ (โควิด-19) และไม่มีการแพร่ระบาดในระลอกที่ 2	ร้อยละ	---	---	--100

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
5	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
7	เฝ้าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	100
10	พิสัยเวช	-	-	-
	รวม	9	9	100

เอกสารอ้างอิง	1. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) 2. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานฯทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (JIT) 3. รายงานสรุปผลการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามกรอบการดำเนินงานจากส่วนกลางและการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ,การประชุม คปสอ.,การประชุมบูรณาการงานอื่นๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือรายงานการซ้อมแผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ฯลฯ 4. รายงานผลการดำเนินงานตามแนวทาง (มาตรการ) แนววิถีชีวิต(New normal) ครอบคลุมหลักเกณฑ์ 4 มาตรฐาน ได้แก่ 1. ผลการคัดกรอง PUI 2. ผลงานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่ครอบคลุม ≥ 70 % 3. ข้อมูลการสำรองเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน (รพช./รพ.สต./สสอ.) 4. ผลการดำเนินงานขององค์กรตามมาตรฐานความปลอดภัยองค์กร (COVID-19 Free Setting) (รายละเอียดในภาคผนวก)	
ผู้รับผิดชอบ	นายสุรชัย กิจติกาล	โทร. (มือถือ) 089 9430909
	งาน...จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4242923 ต่อ 136

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 14.1/12.1/-</td><td>อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัด < 1.55%</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา หรือโควิด-19 เป็น “ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข” (Public Health Emergency) ผลของการเกิดและระบาดของโรคโควิด-19 กระทบไปยังชีวิตความเป็นอยู่และภาวะเศรษฐกิจของประชาชนได้ทั่วโลก จำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพ เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ลดความสูญเสียที่เกิดจากโรคดังกล่าวให้ได้มากที่สุด เช่น ส่งเสริมและจัดหาวัคซีนเพื่อดำเนินการฉีดให้แก่ประชาชนในพื้นที่ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 70 เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd Immunity) การติดตามค้นหาผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อหรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูงให้เข้ารับการคัดกรองเพื่อหาเชื้อ หรือได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อลดความรุนแรงและการชีวิตจากอาการข้างเคียงของโรคดังกล่าวนี้ได้มากที่สุด</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 (9 อำเภอ)
ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80 (5 ขั้นตอน)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ระดับจังหวัดรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอและประมวลผลเป็นระดับจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) < 1.55%</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 กรกฎาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอ/จังหวัด (นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 กรกฎาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B)x100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรในอำเภอ <1.95%</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรในอำเภอ <1.85%</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรในอำเภอ <1.75%</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรในอำเภอ <1.65%</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรในอำเภอ <1.55%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากร <1.55%</td><td>อัตราป่วยตาย</td><td>-</td><td>0</td><td>0.82</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564 (1 ต.ค.63-30 ก.ย.64)

ลำดับ	คปสอ.	จำนวนป่วย	จำนวนตาย	อัตราป่วยตาย
1	เมืองหนองคาย	620	6	0.97
2	ท่าบ่อ	406	9	2.22
3	โพนพิสัย	998	4	0.4
4	ศรีเชียงใหม่	76	-	0
5	สังคม	100	-	0
6	สระใคร	134	3	2.24
7	เฝ้าไร่	408	4	0.98
8	รัตนวาปี	304	-	0
9	โพธิ์ตาก	112	-	0
	ต่างจังหวัด	11	-	0
	ต่างประเทศ	1	-	0
	รวม	3,170	26	0.82

เอกสารอ้างอิง

1. ฐานข้อมูลรายงาน 506 (โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่)
2. รายงานจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center: EOC) กรณี COVID-19

ผู้รับผิดชอบ		
	นายสุรชัย กิจติกาล	โทร. (มือถือ) 089 9430909
	งาน...จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 42422923 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 14.2/12.2/-	**ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	จังหวัดหนองคาย ได้เผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา หรือโควิด-19 ซึ่งจัดให้เป็น “ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข” (Public Health Emergency) อย่างหนึ่ง เนื่องจากเข้าข่ายตามนิยามที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตรุนแรง 2)เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติไม่เคยพบมาก่อน 3)มีโอกาสสูงที่จะแพร่ระบาดจากที่หนึ่งไปสู่พื้นที่อื่น และ 4) เพื่อการควบคุมป้องกันโรคนั้น จำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คน ไม่ให้เดินทางหรือต้องอยู่เฉพาะในที่ที่กำหนดไว้เท่านั้น ผลของการเกิดและระบาดของโรคโควิด-19 กระทบไปยังชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนได้อย่างมาก ส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศต้องชะงัก ประชาชนจำเป็นต้องปรับการดำรงชีพ ให้เป็นไปในแนวทางการดำเนินชีวิตแบบใหม่ (New normal) เพื่อให้สามารถป้องกันตนเอง และควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดต่อไปได้ ฉะนั้นการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขดังที่กล่าวมานี้ ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด จำเป็นต้องมีกระบวนการที่ใช้ขับเคลื่อนกิจกรรมการปฏิบัติงานของทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาศัยรูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centers, EOC) ซึ่งจะมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ และกลุ่มภารกิจด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง บูรณาการทำงานประสานความร่วมมือในการจัดการปัญหาและผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น ทั้งในและนอก ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้เป็นไปได้ด้วยความสำเร็จ เกิดผลกระทบและเป็นปัญหาต่อสุขภาพประชาชนได้น้อยที่สุดนั้น จะอาศัยศักยภาพของผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander : IC) ที่จะขับเคลื่อนชี้ทิศทางให้ทีมปฏิบัติการในด้านต่างๆ สามารถมองเห็นแนวปฏิบัติที่จะจัดการปัญหาการเกิดและแพร่ระบาดของโรคได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ซึ่งจะต้องบูรณาการการทำงานอย่างจริงจัง ในเชิงลึกที่เป็นมิติได้อย่างรอบด้านกับภาคีเครือข่ายอื่น (หน่วยราชการ,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,เอกชน,ประชาชน) โดยบุคลากรในส่วนผู้ปฏิบัติการเอง จะต้องมีทักษะความชำนาญและการทำงานที่เข้มแข็งจริงจัง ใส่ใจ ที่จะตอบโต้ปัญหาการเกิดและแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตรายประเภทต่างๆ ด้วย ภารกิจในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จึงจะสำเร็จลงได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ**
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 (9 อำเภอ) ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80 (5 ขั้นตอน)
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัดรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอและประมวลผลเป็นระดับจังหวัด
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ได้
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A/B x 100

<table>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 5 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 6 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 7 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 8 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 9 อำเภอ</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>ระดับคปสอ. : ดำเนินการตามขั้นตอนในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ตาม
เกณฑ์มาตรฐาน โดยกำหนดผลสำเร็จคือป้องกันการเกิดโรคและควบคุมการระบาดได้ไม่ให้เกินระลอกที่สอง (Gen2nd) ดังนี้
1.มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในพื้นที่
1.1 ผังการจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
1.2 ทะเบียนรายงานการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่
1.3 ทะเบียน/รายงานผลการสื่อสารความเสี่ยงแก่องค์กร หน่วยงาน และประชาชนในพื้นที่(กรณีที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่)
2. มีทีมผู้ปฏิบัติงานเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีศักยภาพได้มาตรฐานตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด ดังนี้
2.1 คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งอื่นที่สามารถระบุผู้ปฏิบัติงาน การจัดแบ่งกลุ่มการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมในระดับอำเภอ/ตำบล
2.2 มีรายชื่อทีมผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ สามารถประสานงานกับภาคีเครือข่ายอื่น รองรับการตอบโต้เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ได้
3. มีรายงานผลการซ้อมแผนและถอดบทเรียนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ในระดับอำเภอ ที่มีเครือข่ายหรือองค์กรหน่วยงานอื่นร่วมในการฝึกซ้อมด้วย
4. รายงานผลการดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่เกิดขึ้นหรือมีการระบาดในพื้นที่
5. รายงานผลการเกิดโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยสามารถควบคุม
โรคไม่ให้เกิดการระบาดหรือไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (ข้อมูลจากรายงาน 506)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการเตรียมการและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนประเด็น/ระดับที่ดำเนินการได้ตามขั้นตอนการดำเนินงาน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A-B)x100</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ผังการจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ รายงานผลการสื่อสารความเสี่ยง (โรคโควิด-19)
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 (ข้อมูลจาก รง.506)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
จำนวน คปสอ.ที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด	ร้อยละ	100	88	22.2

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	5	3	60
2	ท่าบ่อ	5	3	60
3	โพนพิสัย	5	5	100
4	ศรีเชียงใหม่	5	1	20
5	สังคม	5	5	100
6	สระใคร	5	2	40
7	เฝ้าไร่	5	3	60
8	รัตนวาปี	5	3	60
9	โพธิ์ตาก	5	1	20
	รวม	9	2	22.2

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. รายงานผลการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีภาคีเครือข่ายหน่วยงานภายนอกเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการด้วย
7. รายงานผลดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือรายงานการสอบสวนโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ (ฉบับสมบูรณ์)

ผู้รับผิดชอบ	นายสุรชัย กิจติกาล	โทร. (มือถือ) 089 9430909
	งาน...จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 42422923 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 15/13/7	**ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ** * ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 70
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**องคกรแหงความสุข** หมายถึง องคกรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองคกรอยางมีเปาหมายและยุทธศาสตรใหสอดคลองกับวิสัยทัศนและเปาหมายขององคกร เพื่อใหองคกรมีความพรอมตอการเปลี่ยนแปลง นำพาองคกรไปสูการเติบโตอยางยั่งยืน โดยมีองคประกอบไดแก คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานนาอยู และชุมชนสมานฉันท **องคกรแหงความสุขที่มีคุณภาพ** หมายถึง หนวยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (สสจ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองคกรแหงความสุข โดยใชเกณฑองคกรแหงความสุขที่มีคุณภาพเปนแนวทางในดำเนินงาน สูองคกรแหงความสุขอยางยั่งยืน **เกณฑ์ประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ** หมายถึง Happy Public Organization Index (HPI) โดยมีเกณฑการประเมิน 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (Success) หมวดที่ 2 การบริหาร (Administration) หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (Atmosphere) หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (Investment) 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	ทุกระดับ (สสจ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.))
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. รอบที่ 1 : ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 70 รอบที่ 2 : ร้อยละหน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 20 ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างสุขในองค์กร ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ
วิธีการประเมิน	1. แบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผานทางเว็บไซต Happy MOPH 2. หนวยงานจัดสงผลการดำเนินงานองคกรแหงความสุข 3. แบบรายงานSuccess Story หรือ Bright Spot
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด/อำเภอ	**รอบที่ 1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 70**
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน
สูตรคำนวณ	A/B x 100
ระดับจังหวัด/อำเภอ	**รอบที่ 2 ร้อยละหน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 20**
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A/B x 100

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับคปสอ
รอบที่ 1

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีแผนงาน โครงการ กิจกรรมสร้างสุขในองค์กร มีทีมพี่เลี้ยง admin เว็บไซต์ Happy MOPH ระดับอำเภอ
2	รอยละ 40 ของบุคลากรในหนวยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)
3	รอยละ 50 ของบุคลากรในหนวยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)
4	รอยละ 60 ของบุคลากรในหนวยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)
5	รอยละ 70 ของบุคลากรในหนวยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)

- ระดับจังหวัด
- ระดับคปสอ
รอบที่ 2

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 12
2	หน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 14
3	หน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 16
4	หน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 18
5	หน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 20

ระดับ รพ.สต. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานมีการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข 5 ขั้นตอน

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ รพ.สต.

รอบที่ 1

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนความสุขในองค์กร แผนงาน โครงการ
2	บุคลากรในหน่วยงานประเมินความสุข (Happinometer) ร้อยละ 40
3	บุคลากรในหน่วยงานประเมินความสุข (Happinometer) ร้อยละ 50
4	บุคลากรในหน่วยงานประเมินความสุข (Happinometer) ร้อยละ 60
5	บุคลากรในหน่วยงานประเมินความสุข (Happinometer) ร้อยละ 70

รอบที่2

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานนำผลการประเมินดัชนีความสุขของบุคลากรมาวางแผนพัฒนาองค์กร
3	ดำเนินกิจกรรม สรุปผลการดำเนินงาน
5	มีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขคุณภาพมาตรฐาน	ร้อยละ	NA	NA	100 (92/92)
ร้อยละบุคลากรในหนวยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)	ร้อยละ	NA	NA	NA

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>19</td><td>19</td><td>100</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>12</td><td>12</td><td>100</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>17</td><td>17</td><td>100</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>8</td><td>8</td><td>100</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>7</td><td>7</td><td>100</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5</td><td>5</td><td>100</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>9</td><td>9</td><td>100</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>8</td><td>8</td><td>100</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>7</td><td>7</td><td>100</td></tr>
<tr><td>10</td><td>พิสัยเวช</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>92</td><td>92</td><td>100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">1. แผนพัฒนาความสุขของหน่วยงาน คณะทำงานทีมสร้างสุขในองค์กร
2. รายงานผลในเว็บไซต์Happy MOPH
3. สรุปกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>1.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
2.นางสุปราณี พานารัตน์
นักทรัพยากรบุคคล</td><td>โทร. 0 4242 923 ต่อ 107

โทร. 095-6699329</td></tr>
<tr><td>งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</td><td>โทร. 0 4242 923 ต่อ 107</td></tr>
<tr><td rowspan="2">หัวหน้ากลุ่มงาน</td><td>นางสาวกชนันท์ คิดเห็น
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ</td><td>โทรศัพท์. : 095-6729645</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</td><td></td></tr>
</table>

องค์ประกอบที่ 3 Area Base

ตัวชี้วัดที่ 16/14/7	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคึง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคึง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการออกกำลังและมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รับประทานอาหารที่ไม่มีรสหวาน มัน เค็ม ตามนโยบาย นคร 3 อ. 2ส. และมีพฤติกรรมสุขภาพประที่พึงประสงค์ 4 ประกอบไปด้วยตัวชี้วัดย่อย ดังนี้ พิจารณาความสำเร็จของการดำเนินงานตาม KPI ย่อย ดังนี้ 1. ร้อยละการสมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (20 คะแนน) 2. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแฮงแยงคึง (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 ≤ร้อยละ1.95 5 (10 คะแนน) รายละเอียดการให้คะแนนตามแนบท้าย **นิยาม** **นโยบายสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคึง)** เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพได้ร่างกายให้แข็งแรงได้ด้วยตัวเอง ด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง เช่นการกินอาหาร การนอนพักผ่อนอย่างพอเพียง รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก และการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ ด้วยการหมั่นตรวจสอบ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาล อย่างสม่ำเสมอ โดย.... **ออกแฮง หมายถึง** การมีกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกาย ในระดับที่เหนื่อยกว่าภาวะปกติ เป็นเวลามากว่า 30 นาที/วัน สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เช่นเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ เต้นแอโรบิก ปั่นจักรจาน ฯลฯ ตามบริบทและความเหมาะสมของพื้นที่ที่อยู่อาศัยและชุมชน **แยงคึง 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) - เนื้อน้อย (ลดการกินเนื้อแดง) ส่วนเนื้อขาว (เนื้อปลา เนื้อไก่ white meat) ไม่ได้จำกัดปริมาณ - ด้อยมัน คือ กินของมัน 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 ไม่เพลินนั่งกินนอนกิน” **3. ออกกำลังใจ** หรือการดูแลเรื่องอารมณ์ : มีสติประกอบการงาน ใจระลึกฐานกาย ไม่เพลินในอารมณ์ อดทนอดกลั้นกับสิ่งยั่วยุ เกี่ยวกับความหิว ความขี้เกียจ (ออกกำลังกาย) **2 ส.** ได้แก่ **ส. สูบบุหรี่** : ไม่สูบ ไม่ดมควันบุหรี่ **ส. สุรา แอลกอฮอล์** : ลด ละ เลิก ดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด **น = น้ำหนัก** **การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ Self – Care ออกแฮงแยงคึง** เพื่อเป็นการสื่อสารและส่งเสริมสุขภาพ ตามนโยบาย Self – Care ออกแฮงแยงคึง โดย คปสอ. , PCU รพ. และ รพ.สต. ต้องจัดให้มีกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ อื่น ๆ ที่เป็นรวมพลังออกกำลังกายของประชาชน - หน่วยงานที่ต้องจัดดำเนินการให้มีกิจกรรมสร้างสุขภาพ Self – Care ออกแฮงแยงคึง ได้แก่ 1.คปสอ./2.PCU.รพ.หรือ รพ. /3.รพ.สต.(ตำบลที่มี 2 รพ.สต. ให้จัดในภาพตำบล) - จัดกิจกรรมโดยหน่วยบริการเอง หรือบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น - มีการขยายหรือการสื่อสารถึงการสร้างสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยคำว่า Self – Care ออกแฮงแยงคึง - ระดับอำเภอ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า 300 - 400 คน - ระดับตำบล มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า 200 - 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 - ดำเนินจัดกิจกรรมภายใต้มาตรการป้องกันโควิด 19 ตามวิถี New Normal - รายงานภาพกิจกรรมในเว็ปไซต์ออกแฮงแยงคึง - กำหนดตารางเป็นปฏิทินการดำเนินงานแสดงทั้งปีงบประมาณ รายงานผลการดำเนินงานเป็นหนังสือราชการ และทางสื่อโซเชียลมีเดีย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 18–59 ปี จังหวัดหนองคาย

<table>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>- แบบประเมิน ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ปีละ 2 ครั้ง
- เว็ปไซต์ออกแฮงแยงคิง</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : คะแนนความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : คะแนนเต็ม 100</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละ ≥40 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละ ≥50 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละ ≥60 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละ ≥70 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละ ≥80 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.
- รพ.พิสัยเวช
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ≥ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ≥ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ≥ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ≥ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮง แยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ≥ร้อยละ 80 ขึ้นไป</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
1. ร้อยละประกรวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	63.42	63.30	61.36
2. ร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนต้น อายุ 18-29 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	72.85	77.23.	80.32
3. ร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนกลาง อายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	65.88	66.27	63.91
4. ร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	60.53	59.40	56.60

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	80	53	66.25
2	ท่าบ่อ	80	51	64.06
3	โพนพิสัย	80	78	97.50
4	ศรีเชียงใหม่	80	44	55.00
5	สังคม	80	69	85.84
6	สระใคร	80	47	58.81
7	เฝ้าไร่	80	74	92.50
8	รัตนวาปี	80	72	90.00
9	โพธิ์ตาก	80	49	61.25
10	พิสัยเวช	80	60	74.43
	รวม	800	597	74.56

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลการสมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น รายตำบล/หมู่บ้าน/ จากความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพ ใน HDC โดยการประมวลจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง
2. ข้อมูลและหลักฐาน หนังสือราชการรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เดินวิ่งสร้างสุขภาพ รายอำเภอ รายตำบล รอบที่ 1/รอบที่ 2
3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการปี 2564
4. ทะเบียนชมรมออกแฮงแยงคึง
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/โปรแกรมออกแฮงแยงคึง
8. รูปภาพกิจกรรมในเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง

ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์	นายฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แบบประเมิน ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแฮงแยงคึง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ

1. ร้อยละความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (20 คะแนน 3 กลุ่ม)

1.1 กลุ่มที่ 1 ร้อยละความครอบคลุม อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละความครอบคลุม อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 40 ขึ้นไป	ร้อยละ 40 ขึ้นไป
2	ร้อยละความครอบคลุม อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ร้อยละ 50 ขึ้นไป
3	ร้อยละความครอบคลุม อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
4	ร้อยละความครอบคลุม อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 70 ขึ้นไป	ร้อยละ 70 ขึ้นไป
5	ร้อยละความครอบคลุม อสม.สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

1.2 กลุ่มที่ 2 ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละความครอบคลุม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 40 ขึ้นไป	ร้อยละ 40 ขึ้นไป
2	ร้อยละความครอบคลุม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ร้อยละ 50 ขึ้นไป
3	ร้อยละความครอบคลุม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
4	ร้อยละความครอบคลุม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 70 ขึ้นไป	ร้อยละ 70 ขึ้นไป
5	ร้อยละความครอบคลุม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละความครอบคลุมประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 40 ขึ้นไป	ร้อยละ 40 ขึ้นไป
4	ร้อยละความครอบคลุมประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ร้อยละ 50 ขึ้นไป
6	ร้อยละความครอบคลุมประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
8	ร้อยละความครอบคลุมประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 70 ขึ้นไป	ร้อยละ 70 ขึ้นไป
10	ร้อยละความครอบคลุมประชาชนทั่วไป สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแฮงแยงคีง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60
4	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแฮงแยงคีง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70
6	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแฮงแยงคีง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
8	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแฮงแยงคีง (สร้างสุขภาพ)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
10	ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแฮงแยงคีง (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	มีโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินองค์กรไร้พุง - มีกิจกรรมการเปิดตัวองค์กรไร้พุง/มีบันทึกการประชุมคณะกรรมการฯ/นโยบายองค์กรไร้พุง - มีแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ/การสนับสนุนงบประมาณ
6	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคอ้วนลงพุงภายในองค์กร บอร์ด/ป้าย/แผ่นพับ/เฟสบุ๊ค/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 ออกแฮงแยงคีง 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 (5 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ด้านการบริหารจัดการ/การนำองค์กร - มีการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงาน ,มีคณะกรรมการ และโครงสร้าง/ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน - มีสถานที่ดำเนินงาน (สถานที่/มุมให้บริการ, ป้าย “คลินิกไร้พุง”, มุมให้ความรู้/เอกสารความรู้, ขั้นตอนการดำเนินงาน) - มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้แก่บุคลากรของสถานบริการ โรงพยาบาล ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไปรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย กลวิธี และมาตรการต่อการบริการคลินิกไร้พุง (DPAC) - มีแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ/การสนับสนุนงบประมาณ
2	ด้านการให้บริการ - มีกิจกรรมให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นคร 2 ส. (3 อ. 2 ส.)) - มีผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 คน - มีสมุดบันทึกการให้บริการผู้ป่วย
3	ด้านการติดตาม ประเมินผล - มีการรายงานผลการดำเนินงาน / แปรผลการดำเนินงาน (สรุปรายบุคคล และกลุ่ม) - มีการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนางาน (การติดตาม,ประเมินผล,และพัฒนาการบริการ)
4	ด้านเป้าหมายการบริการ - ร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC
5	- ร้อยละ 100 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในคลินิก DPAC

6. ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปี ที่สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึงและ HDC (30 คะแนน 3 กลุ่ม) ดังนี้

6.1 กลุ่มที่ 1 ร้อยละ อสม. สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละ อสม. สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 45 ขึ้นไป	ร้อยละ 45 ขึ้นไป
3	ร้อยละ อสม. สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ร้อยละ 50 ขึ้นไป
5	ร้อยละ อสม. สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 55 ขึ้นไป	ร้อยละ 55 ขึ้นไป
7	ร้อยละ อสม. สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
10	ร้อยละ อสม. สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคึง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคึง)	ร้อยละ 65 ขึ้นไป	ร้อยละ 65 ขึ้นไป

6.2 กลุ่มที่ 2 ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 45 ขึ้นไป	ร้อยละ 45 ขึ้นไป
3	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ร้อยละ 50 ขึ้นไป
5	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 55 ขึ้นไป	ร้อยละ 55 ขึ้นไป
7	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
10	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 65 ขึ้นไป	ร้อยละ 65 ขึ้นไป

6.3 กลุ่มที่ 3 ร้อยละประชากรวัยทำงาน 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละประชากรวัยทำงาน 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 45 ขึ้นไป	ร้อยละ 45 ขึ้นไป
3	ร้อยละประชากรวัยทำงาน 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 50 ขึ้นไป	ร้อยละ 50 ขึ้นไป
5	ร้อยละประชากรวัยทำงาน 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 55 ขึ้นไป	ร้อยละ 55 ขึ้นไป
7	ร้อยละประชากรวัยทำงาน 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
10	ร้อยละประชากรวัยทำงาน 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็ปไวต์ออกแฮงแยงคีง)	ร้อยละ 65 ขึ้นไป	ร้อยละ 65 ขึ้นไป

7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง ≤ร้อยละ 1.75 (5 คะแนน) คะแนนจาก ตัวชี้วัดงาน NCD

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	> ร้อยละ 3.25	> ร้อยละ 3.25
2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 3.25	≤ ร้อยละ 3.25
3	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 2.75	≤ ร้อยละ 2.75
4	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 2.25	≤ ร้อยละ 2.25
5	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 1.75	≤ ร้อยละ 1.75

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 17/15/8</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>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</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>อัตราะผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.75%</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน > ร้อยละ 2.05</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 2.05</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 1.95</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 1.85</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 1.75</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.75</td><td>อัตรา</td><td>2.18</td><td>2.35</td><td>2.40</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	2,798	66	2.36
2	ท่าบ่อ	1,663	36	2.16
3	โพนพิสัย	2,403	49	2.04
4	ศรีเชียงใหม่	783	34	4.34
5	สังคม	505	12	2.38
6	สระใคร	426	17	3.99
7	เฝ้าไร่	1,369	21	1.53
8	รัตนวาปี	654	19	2.91
9	โพธิ์ตาก	72	2	2.78
10	พิสัยเวช	808	19	2.35
	รวม	**11,481**	**275**	**2.40**

เอกสารอ้างอิง	**รายงาน HDC**	
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 17/15/8</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่พื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HBA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HBA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8
<u>หมายเหตุ</u> : รหัส ICD 10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่
1.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25
2.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50
3.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมองI60-I69
4.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-18.5
5.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและมารับบริการ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A1/B1) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี < ร้อยละ 25</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ ร้อยละ 25</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ ร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ ร้อยละ 35</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ ร้อยละ 40</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ 40</td><td>ร้อยละ</td><td>23.32</td><td>25.75</td><td>23.93</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	9,193	2,078	22.6
2	ท่าบ่อ	5,146	1,011	19.65
3	โพนพิสัย	4,857	2,308	47.5
4	ศรีเชียงใหม่	1,650	275	16.67
5	สังคม	1,118	295	26.39
6	สระใคร	1,206	79	6.55
7	เฝ้าไร่	2,684	483	18
8	รัตนวาปี	2,161	155	7.17
9	โพธิ์ตาก	728	83	10.81
10	พิสัยเวช	**423**	**221**	12.32
	รวม	**29,206**	**6,988**	**23.93**

เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC	
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 17/15/8</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
3. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
1. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ
2. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ type area 1,3</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>≥ ร้อยละ 90</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
ระดับ รพ.สค.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 70</td><td>อัตรา</td><td>72.10</td><td>89.80</td><td>90.29</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	2,220	1,941	87.43
2	ท่าบ่อ	1,115	937	84.04
3	โพนพิสัย	939	931	99.15
4	ศรีเชียงใหม่	217	192	88.48
5	สังคม	334	306	91.62
6	สระใคร	318	307	96.54
7	เฝ้าไร่	393	383	97.46
8	รัตนวาปี	127	124	97.64
9	โพธิ์ตาก	92	75	81.52
10	พิสัยเวช	10	10	100
	รวม	5,755	5,196	90.29

เอกสารอ้างอิง	**รายงานจาก HDC**	
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 17/15/8</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
4. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ทำ Home BP)
หมายถึง ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (มีค่าระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg) ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน (HBP) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* แล้ว พบว่าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg.
หมายเหตุ : ต้องไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากที่ใดมาก่อน</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (มีค่าระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg) ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน (HBP) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* ในปีงบประมาณ type area 1,3</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>≤ ร้อยละ 6.3</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการทำ Home BP ทั้งหมด ในปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
ระดับ รพ.สค.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) > ร้อยละ 7.8</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) ≤ ร้อยละ 7.8</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) ≤ ร้อยละ 7.3</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) ≤ ร้อยละ 6.8</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) ≤ ร้อยละ 6.3</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ HomeBP)</td><td>อัตรา</td><td>9.38</td><td>6.79</td><td>6.35</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	1,944	116	5.97
2	ท่าบ่อ	938	80	8.53
3	โพนพิสัย	927	46	4.96
4	ศรีเชียงใหม่	193	19	9.84
5	สังคม	306	9	2.94
6	สระใคร	307	19	6.19
7	เฝ้าไร่	383	23	6.01
8	รัตนวาปี	124	6	4.84
9	โพธิ์ตาก	75	11	14.67
10	พิสัยเวช	29	3	10.34
	รวม	5,226	332	6.35

เอกสารอ้างอิง	**รายงานจาก HDC**	
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 17/15/8</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส =I10-I15 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตครั้งสุดท้าย <140/90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ≥ ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี
B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ
C1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ
D1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>A2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการมีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี
B2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ
C2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ
D2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการและไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A1/B1) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี < ร้อยละ 45</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ≥ ร้อยละ 45</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ≥ ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ≥ ร้อยละ 55</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ≥ ร้อยละ 60</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมดันโลหิตในเลือดได้ดี ≥ 60</td><td>ร้อยละ</td><td>67.04</td><td>65.66</td><td>61.53</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	14,889	8,894	59.74
2	ท่าบ่อ	8,801	4,933	56.05
3	โพนพิสัย	7,268	4,903	67.46
4	ศรีเชียงใหม่	3,360	2,121	63.13
5	สังคม	2,454	1,410	57.46
6	สระใคร	1,970	1,159	58.83
7	เฝ้าไร่	4,086	3,059	74.87
8	รัตนวาปี	3,588	2,437	67.92
9	โพธิ์ตาก	1,397	714	51.11
10	พิสัยเวช	**647**	188	**29.06**
	รวม	**48,460**	**29,818**	**61.53**

เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC	
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 17/15/8 **6.**	**ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs** จังหวัด : ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป 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 85 ระดับ คปสอ. : รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป

<table>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. จากรายงานผลการประเมินตนเองคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 และรอบที่ 2
2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงประเมินสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย
3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง
4. ข้อมูลจาก HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td></td><td>หมายเหตุ : สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป หมายถึง ผ่านเกณฑ์การประเมิน คะแนน 75-100 คะแนน ร้อยละ 75</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td></td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 1.1</td><td>ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<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 75</td></tr>
<tr><td>4</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>ระดับความสำเร็จของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = ผลรวมของคะแนนกระบวนการที่ได้ x 50 / 250</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = ผลรวมของคะแนนผลลัพธ์ที่ได้ x 50 / 250</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A + B</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.</td><td>หมายเหตุ : สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
เกณฑ์การตัดสิน ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน = < 65 คะแนน
ระดับพื้นฐาน = 65-74 คะแนน
ระดับดี = 75-79 คะแนน
ระดับดีมาก = 80–84 คะแนน
ระดับดีเด่น = 85-100 คะแนน</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน
2	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับพื้นฐาน
3	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดี
4	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีมาก
5	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีเด่น

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	100 (9/9)	100 (9/9)	77.78 (7/9)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ระดับ
1	หนองคาย	100	86.4	ดีเด่น
2	ท่าบ่อ	100	84	ดีมาก
3	โพนพิสัย	100	96.4	ดีเด่น
4	ศรีเชียงใหม่	100	80	ดีมาก
5	สังคม	100	76.2	ดี
6	สระใคร	100	73	พื้นฐาน
7	เฝ้าไร่	100	86.6	ดีเด่น
8	รัตนวาปี	100	85.2	ดีเด่น
9	โพธิ์ตาก	100	74.2	พื้นฐาน
10	พิสัยเวช	-	--	-
	รวม	100	9	7/9

เอกสารอ้างอิง

รายงานจาก HDC

ผู้รับผิดชอบ

นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 17/15/8</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs</td></tr>
<tr><td></td><td>7. ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วย DM ,HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการคัดกรองโรคไตเรื้อรังพบความผิดปกติ 2 ครั้ง ตามเกณฑ์ ต้องเว้นระยะห่างไม่น้อยกว่า 3 เดือน ดังนี้คือ
1. ACR ≥ 30 mg/g หรือ
2. UPCR ≥ 150 mg/g หรือ
3. Microalbuminuria เป็น 2 หรือ
4. Macroalbuminuria เป็น 2 หรือ
5. eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>เพิ่มขึ้น ≤ ร้อยละ 20</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด และ ระดับ คปสอ.</td><td>รายงานการดำเนินผลทุก 3 เดือน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ทีการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังครั้งแรกพบความผิดปกติ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย DM ,HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น > ร้อยละ 35</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย DM ,HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น ≤ ร้อยละ 35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย DM ,HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น ≤ ร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย DM ,HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น ≤ ร้อยละ 25</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของผู้ป่วย DM ,HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น ≤ ร้อยละ 20</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่</td><td>ร้อยละ</td><td>25.0</td><td>20.24</td><td>17.28</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	8,277	1,475	17.82
2	ท่าบ่อ	5,468	854	15.62
3	โพนพิสัย	4,968	778	15.66
4	ศรีเชียงใหม่	835	193	23.11
5	สังคม	347	135	38.9
6	สระใคร	380	117	30.79
7	เฝ้าไร่	1,774	360	20.29
8	รัตนวาปี	1,919	269	14.02
9	โพธิ์ตาก	944	113	11.97
10	พิสัยเวช	355	72	20.28
	รวม	**25,267**	**4,366**	**17.28**

ค่าเป้าหมายรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนผลงานปี 2564	จำนวนเป้าหมายปี 2565 (เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ≤ 20%)
หนองคาย	1,475	1,770
ท่าบ่อ	854	1,025
โพนพิสัย	778	934
ศรีเชียงใหม่	193	232
สังคม	135	162
สระใคร	117	140
เฝ้าไร่	360	432
รัตนวาปี	269	323
โพธิ์ตาก	113	136
พิสัยเวช	72	86
รวม	**4,366**	**5,239**

เอกสารอ้างอิง

1. HDC

ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 18/16/9</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
1. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไม่เกิน 30 ต่อแสนประชากร</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ต่อแสนประชากร</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>อัตราตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด (รหัส ICD-10 = C22)
ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือ โคแลงจิโอคาร์ซิโนมา หมายถึง ผู้มีผลการตรวจการทำงานของตับผิดปกติ ปวดท้อง ดีซ่าน น้ำหนักลด และอาจมีอาการคันทั่วไป มีไข้ สีของอุจจาระและปัสสาวะเปลี่ยนไป โรคนี้วินิจฉัยโดยอาศัยผลตรวจเลือด ผลตรวจภาพรังสี ผลการส่องกล้อง และบางครั้งอาจต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดสำรวจ มะเร็งท่อน้ำดีมักปรากฏอาการในระยะท้ายๆ ของโรคซึ่งทำให้เป็นการจำกัดทางเลือกในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็ง ความผิดปกติแต่กำเนิดของตับ การติดเชื้อพยาธิในตับอย่างเช่น พยาธิใบไม้ในตับ Opisthorchisviverrini หรือ Clonorchissinensis การสัมผัสสารทึบรังสีบางชนิดเช่น Thorotrast เป็นต้น</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ไม่เกิน 30 ต่อแสนประชากร</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>รวบรวมข้อมูลการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมิน</td><td>ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี (รหัส ICD-10 = C22)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนประชากรปี 2564</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100,000</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 34 ต่อประชากรแสนคน</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 33 ต่อประชากรแสนคน</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 32 ต่อประชากรแสนคน</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 31 ต่อประชากรแสนคน</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 30 ต่อประชากรแสนคน</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="7">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td rowspan="2">อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี</td><td>จำนวน</td><td>170</td><td>139</td><td>158</td><td>157</td><td>182</td><td>171</td><td>122</td></tr>
<tr><td>ต่อแสน ปชก.</td><td>32.66</td><td>26.71</td><td>30.27</td><td>30.07</td><td>34.84</td><td>33.04</td><td>23.58</td></tr>
</table>
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด : อัตราตายมะเร็งตับและท่อน้ำดี (แยกรายอำเภอ)
หน่วยวัด : ประชากรแสนคน
</td></tr>
</table>

อำเภอ	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)							
	หน่วยวัด	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
เมือง	จำนวน	57	44	56	51	59	61	28
	ต่อแสน ปชก.	38.03	29.35	37.17	33.81	39.12	40.54	18.61
ท่าบ่อ	จำนวน	36	22	41	29	37	23	25
	ต่อแสน ปชก.	43.32	26.47	49.35	34.98	44.62	27.92	30.35
โพนพิสัย	จำนวน	27	23	23	22	21	30	15
	ต่อแสน ปชก.	27.39	23.33	23.26	22.24	21.21	30.52	15.26
ศรีเชียงใหม่	จำนวน	9	6	3	9	19	7	13
	ต่อแสน ปชก.	29.17	19.44	9.70	29.12	61.56	23.27	43.22
สังคม	จำนวน	6	5	5	7	4	10	8
	ต่อแสน ปชก.	23.87	19.89	19.76	27.60	15.68	39.14	31.31
สระใคร	จำนวน	15	15	12	11	10	14	11
	ต่อแสน ปชก.	56.42	56.40	44.80	40.5	37.14	52.74	41.44
เฝ้าไร่	จำนวน	14	14	11	13	18	14	13
	ต่อแสน ปชก.	26.86	26.86	21.05	24.85	34.44	27.49	25.53
รัตนวาปี	จำนวน	4	6	5	8	9	9	4
	ต่อแสน ปชก.	10.30	15.46	12.89	20.65	23.20	23.69	10.52
โพธิ์ตาก	จำนวน	1	4	2	7	5	1	5
	ต่อแสน ปชก.	6.51	26.07	13.03	45.70	32.64	6.54	32.71
จังหวัด	จำนวน	170	139	158	157	182	171	122
	ต่อแสน ปชก.	32.66	26.71	30.27	30.07	34.84	33.04	23.58

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

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 18/16/9</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
2. อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีครั้งแรก (ICD 10 = C22)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับ จังหวัด : อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 5
ระดับ คปสอ. : อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2564 กับ ปี 2565 จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปีงบประมาณปัจจุบัน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปีงบประมาณปี 2564</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>[(B - A)/B] x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 1</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 2</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 3</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 4</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2564 ร้อยละ 5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td rowspan="2">อัตราป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่</td><td>จำนวน (ราย)</td><td>408</td><td>433</td><td>279</td><td>213</td></tr>
<tr><td>ต่อ ปชก.แสนคน</td><td>78.14</td><td>82.90</td><td>53.91</td><td>41.16</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">รายงาน HDC</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นางศิริพร มณี</td><td>โทร. 093 9797082</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย</td><td>โทร. 042 413354 ต่อ 105</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 18/16/9</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
3. อัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td><u>ผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับรายใหม่</u> หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยรับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจาระ (ตำบลละ 50 ราย)
<u>การดำเนินงาน</u>
ทุกตำบลตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งข้อขึ้นไป
<u>ปัจจัยเสี่ยง</u>มีดังนี้
1. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
2. ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ
3. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>รวบรวมข้อมูลผลการตรวจอุจจาระ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอุจจาระทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับอำเภอ</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 9</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 8</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 7</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 6</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (แยกรายตำบล)
ตำบลต้นแบบปี 2559 จำนวน 4 ตำบล 4 อำเภอ
<table>
<tr><th>อำเภอ</th><th>ตำบล</th><th>ตรวจอุจจาระ (ราย)</th><th>พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<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>บ้านต้อน</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>
</table>
ตำบลต้นแบบปี 2560 จำนวน 5 ตำบล 5 อำเภอ
<table>
<tr><th>อำเภอ</th><th>ตำบล</th><th>ตรวจอุจจาระ (ราย)</th><th>พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>เมือง</td><td>วัดธาตุ</td><td>909</td><td>21</td><td>2.31</td></tr>
<tr><td>สังคม</td><td>แก้งไก่</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>
</table>
</td></tr>
</table>

ตำบลต้นแบบปี61 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	นางิ้ว	751	7	0.72
สระใคร	ฝาง	825	7	0.72
รัตนวาปี	รัตนวาปี	799	42	2.48
เฝ้าไร่	เฝ้าไร่	905	30	3.31
โพธิ์ตาก	โพนทอง	744	21	2.82
จังหวัด	9 ตำบล	7,393	201	2.71

ตำบลต้นแบบปี62 จำนวน 10 ตำบล 6 อำเภอ

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

ตำบลต้นแบบปี63 จำนวน 24 ตำบล 7 อำเภอ

อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ(ราย)	ร้อยละ
เมือง	เวียงคุก	100	2	2.00
เมือง	ปะโค	100	4	4.00
เมือง	หินโงม	905	37	4.08
เมือง	บ้านเดื่อ	937	35	3.73
เมือง	สีกาย	726	38	5.23
เมือง	ในเมือง	100	0	0.00
เมือง	ค่ายบกหวาน	103	3	2.91
เมือง	โพนสว่าง	388	13	3.35
เมือง	โพธิ์ชัย	909	28	3.08
ท่าบ่อ	โพนสา	500	10	2.00
ท่าบ่อ	หนองนาง	100	1	1.00
ท่าบ่อ	กองนาง	100	4	4.00
ท่าบ่อ	บ้านเดื่อ	903	24	2.65
โพนพิสัย	บ้านผือ	1,155	78	6.75
โพนพิสัย	นาหนัง	905	85	9.39
โพนพิสัย	โพธิ์	100	3	3.00
โพนพิสัย	เซิม	905	17	1.87
โพนพิสัย	ทุ่งหลวง	905	45	4.97
โพนพิสัย	เหล่าต่างคำ	100	2	2.00
สังคม	สังคม	102	3	2.94
สระใคร	สระใคร	100	1	0.98

รัตนวาปี	พระบาทนาสิงห์	764	71	9.28
เฝ้าไร่	นาดี	102	1	0.98
เฝ้าไร่	วังหลวง	886	17	1.91
จังหวัด	24 ตำบล	11,895	522	4.38

ตำบลต้นแบบปี 64 จำนวน 10 ตำบล

อำเภอ	ตำบล	ตรวจอุจจาระ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ
เมือง	กวนวัน	70	1	1.42
เมือง	หาดคำ	100	3	3.00
เมือง	พระธาตุบังพวน	75	0	0.00
เมือง	เมืองหมี	103	0	0.00
เมือง	มีชัย	100	1	1.00
โพนพิสัย	สร้างนางขาว	908	30	3.30
โพนพิสัย	ชุมช้าง	100	0	0.00
สังคม	บ้านม่วง	166	3	1.80
เฝ้าไร่	อุดมพร	89	0	0.00
รัตนวาปี	โพนแพง	100	4	4.00
	10 ตำบล	1,811	42	2.31

เอกสารอ้างอิง	ผลการตรวจอุจจาระในโปรแกรม Isan cohort, ข้อมูลเชิงประจักษ์	
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี	โทร. 093 9797082
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 18/16/9</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
4. อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>การติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ หมายถึง ประชาชนที่ตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับได้รับการตรวจอุจจาระซ้ำพบพยาธิใบไม้ตับ
<u>การดำเนินงาน</u>
ทุกตำบลตรวจอุจจาระซ้ำในผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในปี 2564</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในปี 2564</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>อัตราการติดเชื้อซ้ำน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>รวบรวมข้อมูลผลการตรวจอุจจาระ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ปีละ 1 ครั้ง ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจอุจจาระซ้ำพบพยาธิใบไม้ตับ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยได้รับการตรวจอุจจาระซ้ำทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับอำเภอ</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ร้อยละ 9</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ร้อยละ 8</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ร้อยละ 7</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำร้อยละ 6</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (แยกรายอำเภอ)
<table>
<tr><th rowspan="2">อำเภอ</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564</th></tr>
<tr><th>ตรวจอุจจาระซ้ำ (ราย)</th><th>พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>เมือง</td><td>177</td><td>8</td><td>4.52</td></tr>
<tr><td>ท่าบ่อ</td><td>77</td><td>5</td><td>6.49</td></tr>
<tr><td>โพนพิสัย</td><td>314</td><td>25</td><td>7.96</td></tr>
<tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>69</td><td>3</td><td>4.35</td></tr>
<tr><td>สังคม</td><td>52</td><td>3</td><td>5.77</td></tr>
<tr><td>สระใคร</td><td>7</td><td>0</td><td>0.00</td></tr>
<tr><td>เฝ้าไร่</td><td>8</td><td>0</td><td>0.00</td></tr>
<tr><td>รัตนวาปี</td><td>114</td><td>21</td><td>18.42</td></tr>
<tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>38</td><td>0</td><td>0.00</td></tr>
<tr><td>จังหวัด</td><td>856</td><td>65</td><td>7.59</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">1.หลักฐานเชิงประจักษ์
2.โปรแกรม Isan cohort</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นางศิริพร มณี</td><td>โทร. 093 9797082</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย</td><td>โทร. 042 413354 ต่อ 105</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 18/16/9</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
5. ร้อยละของตำบลมีจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ประชากรพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ 9 อำเภอ 62 ตำบล
ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 5 มาตรการ ได้แก่
มาตรการที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับเทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคมในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูลเพื่อลดการแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ
มาตรการที่ 2 การควบคุมป้องกัน หมายถึงมีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยการตรวจอุจจาระ รักษาและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายที่ติดพยาธิใบไม้ตับ
มาตรการที่ 3 การรักษาพยาบาล หมายถึงมีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีดำเนินการส่งต่อเพื่อการรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป
มาตรการที่ 4 การดูแลรักษา หมายถึงการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ หมายถึงตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงดิบ, ประชาสัมพันธ์ สื่อสารโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีชุมชนผ่านช่องทางต่างๆอย่างต่อเนื่อง
<u>ปัจจัยเสี่ยง</u>มีดังนี้
1. ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
2. ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ
3. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>การวัดผลสำเร็จการดำเนินงานต้องดำเนินงานครบทั้ง 5 มาตรการและมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้
มาตรการที่ 1 กิจกรรมตำบลมีการออกและบังคับใช้ข้อบังคับจัดการสิ่งปฏิกูล ลดการแพร่กระจายโรคในสิ่งแวดล้อม คน สัตว์รังโรคและมีการจัดการเรียนการสอน หน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)
<table>
<tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th><th colspan="2">คะแนน</th></tr>
<tr><th>มี รร.ที่ผ่านการอบรม</th><th>ไม่มี รร.ที่ผ่านการอบรม</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีการวางแผนการประชุม
(หนังสือเชิญประชุม)</td><td>4</td><td>4</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีการจัดประชุมร่วมกับ อปท./โรงเรียน
(ภาพการประชุม)</td><td>8</td><td>8</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีรายงานการประชุม</td><td>12</td><td>12</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มีแผนการติดตามโรงเรียน</td><td>16</td><td>-</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มีการติดตามโรงเรียนตามแผน</td><td>20</td><td>-</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

มาตรการที่ 2 : กิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรายติดพยาธิใบไม้ตับและติดตามพฤติกรรมการกินปลาดิบ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ตรวจอุจจาระและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยกว่า ร้อยละ 50	4
2	ตรวจอุจจาระและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 50	8
3	ตรวจอุจจาระและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 60	12
4	ตรวจอุจจาระและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 70	16
5	ตรวจอุจจาระและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 80	20

มาตรการที่ 3 : การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปและมีปัจจัยเสี่ยงตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรร (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	ตรวจอัลตร้าซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีน้อยกว่า ร้อยละ 50	4
2	ตรวจอัลตร้าซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 50	8
3	ตรวจอัลตร้าซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 60	12
4	ตรวจอัลตร้าซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 70	16
5	ตรวจอัลตร้าซาวด์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 80	20

มาตรการที่ 4 : ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีและให้การดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
		กรณีมีผู้ป่วย	กรณีไม่มีผู้ป่วย
1	มีแนวทางการดำเนินงาน (Flow)	4	4
2	มีการทบทวน Case ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	8	-
3	มีแผนการเยี่ยม	12	-
4	มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง	16	-
5	มีสรุปผลการเยี่ยม	20	-

มาตรการที่ 5 การสื่อสารสาธารณะทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง ผ่านช่องทางสื่อสารทุกรูปแบบ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	มีกิจกรรม 2 ครั้ง	4
2	มีกิจกรรม 3 ครั้ง	8
3	มีกิจกรรม 4 ครั้ง	12
4	มีกิจกรรม 5 ครั้ง	16
5	มีกิจกรรม 6 ครั้ง	20

หมายเหตุ

รอบที่ 1	มาตรการ					คะแนนเต็ม
	1	2	3	4	5	
มีโรงเรียนผ่านการอบรมและมีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	12	8	-	4	8	32 คะแนน
มีโรงเรียนผ่านการอบรมแต่ไม่มีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	12	8	-	4	8	32 คะแนน
ไม่มีโรงเรียนผ่านการอบรมแต่มีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	12	8	-	4	8	32 คะแนน
ไม่มีโรงเรียนผ่านการอบรมและไม่มีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	12	8	-	4	8	32 คะแนน

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">รอบที่ 2</td><td colspan="5">มาตรการ</td><td rowspan="2">คะแนนเต็ม</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>มีโรงเรียนผ่านการอบรมและมีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>100 คะแนน</td></tr>
<tr><td>มีโรงเรียนผ่านการอบรมแต่ไม่มีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>4</td><td>20</td><td>84 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ไม่มีโรงเรียนผ่านการอบรมแต่มีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>12</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>92 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ไม่มีโรงเรียนผ่านการอบรมและไม่มีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>12</td><td>20</td><td>20</td><td>4</td><td>20</td><td>76 คะแนน</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>ระดับจังหวัด /ระดับ คปสอ.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนตำบลจัดการสุขภาพที่ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนตำบลเป้าหมายทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
-ระดับจังหวัด
-ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>1</td><td>มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 90</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มีตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>ระดับ รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : เกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>1</td><td>มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	28 ตำบล (ร้อยละ 45.16)	52 ตำบล (ร้อยละ 83.87)	62 ตำบล (ร้อยละ 100)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	16	16	100
2	ท่าบ่อ	10	10	100
3	โพนพิสัย	11	11	100
4	ศรีเชียงใหม่	4	4	100
5	สังคม	5	5	100
6	สระใคร	3	3	100
7	เฝ้าไร่	5	5	100
8	รัตนวาปี	5	5	100
9	โพธิ์ตาก	3	3	100
	รวม	62	62	100

เอกสารอ้างอิง

1. ฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Isan Cohort)
2. ฐานข้อมูลประชากร
3. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC

ผู้รับผิดชอบ

นางศิริพร มณี	โทร. 093-9797082
งานมะเร็ง กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	โทร. 0 4242 923 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 19/17/-	**1) RTI (Road Traffic Injury) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 28.06 ต่อประชากรแสนคน**
หน่วยวัด	อัตรา (จังหวัด) อัตรา (คปสอ.)
น้ำหนัก	**อัตราต่อแสนประชากร**
คำอธิบาย	**อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89)** หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ **ผู้เสียชีวิต** หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน **เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2564)** คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ 5 ปี (ปี 2554 - 2558) แนวโน้มยังคงตัว มีเวลาที่จะดำเนินการอีก 5 ปีเท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ 50 ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7 - 8 ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ 2 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2554 เป็นค่าตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมาย และกำหนดให้ปี 2564 ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคนซึ่งคาดหมายว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผล การตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2564 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน โดยในปีงบประมาณ 2565 กองป้องกันการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 28.06 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) เป็นเกณฑ์ **แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2560-2564 เน้นใน 4 ด้าน** (1.) ด้านการบริหารจัดการ (2.)การจัดการข้อมูล (3.) ด้านการป้องกัน (4.) ด้านการรักษา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกกลุ่มอายุในจังหวัด/อำเภอ
เป้าหมาย	**ระดับจังหวัด** : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 28.06 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน) **ระดับคปสอ.** : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 28.06 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน)
วิธีการประเมิน	การคำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมิน เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูล 3 ฐานของจังหวัดหนองคายในปีนั้น
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อแสนประชากร น้อยกว่า 14.03 (รอบที่ 1), 28.06 (รอบที่ 2)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (จากข้อมูล 3 ฐาน)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100,000 (อัตราต่อประชากรแสนคน)

เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ต่อประชากรแสนคน)	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≥ 20.04	≥ 34.07
2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	20.03	34.06
3	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	18.03	32.06
4	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	16.03	30.06
5	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	≤ 14.03	≤ 28.06

รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
- อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(ต่อแสนประชากร) ข้อมูล 3 ฐาน	อัตรา	144 (27.58)	143 (27.40)	151 (28.91)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562-2564 (ต.ค.63-ส.ค.64)

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2563		ปี 2564 (ต.ค.63-ส.ค.64)	
			ผลงาน	อัตรา	ผลงาน	อัตรา
1	เมืองหนองคาย	150,780	44	29.18	38	25.20
2	ท่าบ่อ	82,910	18	21.71	28	33.77
3	โพนพิสัย	98,984	32	32.33	32	32.33
4	ศรีเชียงใหม่	30,860	5	16.20	15	48.61
5	สังคม	25,506	11	43.13	7	27.44
6	สระใคร	26,920	10	37.15	9	33.43
7	เฝ้าไร่	52,256	8	15.31	9	17.22
8	รัตนวาปี	38,779	10	25.79	8	20.63
9	โพธิ์ตาก	15,316	5	32.65	5	32.65
	รวม	522,311	143	27.40	151	28.91

เอกสารอ้างอิง

1) ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) ของจังหวัด
2) โปรแกรมรายงาน PHER ACCIDENT กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3) โปรแกรมรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แฟ้ม (รหัส ICD-10 = V01-V89) /HDC และจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

1.นางสาวอนัญญา หาบุญมี
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์. : 087-6962801
e-mail : ananya7667@gmail.com

2.นายมนตรี ดิษฐสร้อย
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์. : 084-5115654
e-mail : montri.nk@gmail.com

3.นางสาวยลจิต บุตรเวทย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์. : 089-7102475
e-mail : yoljit17@gmail.com

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
โทร.042-421027
โทรสาร 042-421026

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 19/17/-</td><td>2) ความสำเร็จการดำเนินกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI^{+Plus}) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ (จังหวัด) จำนวนกิจกรรมในระดับดีมากขึ้นไป (คปสอ.)</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ (จังหวัด) /จำนวนกิจกรรมในระดับดีมากขึ้นไป (คปสอ.)</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>
แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เน้น 4 ด้าน
(1.) ด้านการบริหารจัดการ (2.) การจัดการข้อมูล (3.) ด้านการป้องกัน (4.) ด้านการรักษา
การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ 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>
<tr><th>กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th></tr>
<tr><td>1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (ศปถ.อำเภอ /พชอ.)</td><td>- มีการจัดตั้งคณะทำงานคณะอนุกรรมการไปใต้ ศปถ.อำเภอหรือพชอ.
- มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่วาระการประชุมแบบมีส่วนร่วมความสามารถของสหสาขาของอำเภอ (ศปถ.อำเภอ /พชอ.)</td></tr>
<tr><td>2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง</td><td>- จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ เช่น จำนวนครั้ง/การเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต
- จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับปีย้อนหลังเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน
- จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินผลตำบลเสี่ยง
- จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง
- จำแนกถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการการต่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่หรือทำแผนที่ประกอบ
- นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 1.บุคคล 2.สภาวะแวดล้อม 3.ระบบที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
<tr><td>3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ตาราง Haddon’s matrix</td><td>- มีการสอบสวนการเสียชีวิต 1 รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บ 2 รายขึ้นไปหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ โดยใช้ตาราง Haddon’s matrix
- มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อ ศปถ.อำเภอ / พชอ.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์รากปัญหาได้	- นำสถานการณ์ปัญหา มาวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อทำการวิเคราะห์รากของปัญหา เช่นกรณีเด็กเยาวชนเมาแล้ว ขับขับย้อนศร อื่นๆ - สรุปถึงรากของปัญหา เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข
	5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม	- สร้างบันไดผลลัพธ์ เพื่อกำหนดเป้าหมาย เช่น ลดจำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต ในกลุ่มเด็กและเยาวชน จำนวนองค์กรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัย เพิ่มอัตราการสมหมวกนิรภัย เป็นต้น - มีการวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้านในการดำเนินงานตามเป้าหมาย
	6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (problem tree)	- มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงานที่มีสมาชิกมาจาก อบต.,เทศบาล,รพ.สต.,กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครชุมชน เช่น อาสาสมัครกูชีพอปพร.,อสม., ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI-team) - มีการจัดตั้ง RTI-team 3 ตำบล - มีการประชุม RTI-team 3 ตำบล - มีกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 3 ตำบล เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยง การทำมาตรการชุมชน ด่านชุมชน มาตรการองค์กร เป็นต้ - ร่วมสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล / ชุมชน (problem tree)
	7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	- ดำเนินการตามมาตรการ แผนงานและกิจกรรมสอดคล้องตามผลการวิเคราะห์ปัญหาของอำเภอข - จำนวนกิจกรรมที่เกิดขึ้น - แสดงรายละเอียดมาตรการ การดำเนินงาน ภาพ/กิจกรรม
	8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (black spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety zone)	- มีการชี้เป้าและจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงโดยการนำเสนอข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย ข้อมูลการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือสถานที่ที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียนโรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกิน ขับรถเร็ว จอดไหล่ทาง เป็นต้น
	9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต,การบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลมาตรการ เฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์)	- มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ และประเมินผลข้อมูลการเสียชีวิตการบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาตามบันไดผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ - วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จรและปัญหา อุปสรรค แรงเสริม-แรงต้าน - มีประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ - มีการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์
	หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ 9 กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับที่วัดผลผลิตหรือผลลัพธ์ได้ สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการประเมิน	

<table>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>คปสอ.แต่ละอำเภอในจังหวัดหนองคาย</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับจังหวัด : ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI^{+Plus})
ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป ร้อยละ 100
ระดับคปสอ. : ผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI^{+Plus})
ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ประเมินตามแบบประเมินกรอบการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}: มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 9 กิจกรรม โดยใช้เกณฑ์การดำเนินงาน ระดับดีมาก (Excellent)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>ระดับจังหวัด A = จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus}</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>ระดับจังหวัด B = จำนวนอำเภอทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>ระดับจังหวัด : A/B *100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแน
ระดับจังหวัด</td><td>รอบที่ 1 : ยังไม่ประเมิน
รอบที่ 2 : อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ 100)
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ระดับดีมาก 5 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ระดับดีมาก 6 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ระดับดีมาก 7 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ระดับดีมาก 8 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ระดับดีมาก 9 อำเภอ</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ระดับคปสอ.</td><td>การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ(D-RTI^{+Plus}) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล</td><td>ระดับคปสอ. จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ในระดับดีมาก (Excellent)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>ระดับคปสอ : นับกิจกรรมที่ดำเนินการและผ่านในระดับดีมาก (Excellent)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแน
ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับ
คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแน
รอบที่ 1 (กิจกรรม)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 1, 9</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 2 กิจกรรม</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 4 กิจกรรม</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 6 กิจกรรม</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 7 กิจกรรม</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>ระดับ
คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแน
รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent) (กิจกรรม)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 5 กิจกรรม</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 6 กิจกรรม</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 7 กิจกรรม</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 8 กิจกรรม</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 9 กิจกรรม</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI^{+Plus} ระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ 100)	ดีมาก	100	88.88	100

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 - 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2563		ปี 2564	
			ผลงาน	ระดับ	ผลงาน	ระดับ
1	หนองคาย	100	ผ่าน	Good	ผ่าน	Excellent
2	ท่าบ่อ	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
3	โพนพิสัย	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	advanced
4	ศรีเชียงใหม่	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	advanced
5	สังคม	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
6	สระใคร	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
7	เฝ้าไร่	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	advanced
8	รัตนวาปี	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
9	โพธิ์ตาก	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
	รวม	100	88.88	G1/E8/A0	100	G0/E6/A3

เอกสารอ้างอิง

หนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในระดับอำเภอ ปี 2564” และสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

1.นางสาวอนัญญา หาบุญมี
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์. : 087-6962801
e-mail : ananya7667@gmail.com

2.นายมนตรี ดิษฐสร้อย
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์. : 084-5115654
e-mail : montri.nk@gmail.com

3.นางสาวยลจิต บุตรเวทย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์. : 089-7102475
e-mail : yoljit17@gmail.com

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
โทร.042-421027
โทรสาร 042-421026

การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} ปี 2565 ดังนี้

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

กรอบการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}: มีกรอบกิจกรรมดำเนินงาน 9 กิจกรรม โดยอำเภอดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} ผ่านทั้ง 9 กิจกรรม จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent) / ระดับดีเยี่ยม (Advanced) รายละเอียดตามหนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในระดับอำเภอปี 2564” และสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com

กิจกรรม D-RTI^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		คะแนน
		ไม่มี	มี	
1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ) **(รวม 10 คะแนน)**	● มีการจัดตั้งคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ (core team) ภายใต้ ศปถ.อำเภอ หรือ พชอ. **(5 คะแนน)** ● มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่วาระการประเมินแบบมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพของอำเภอ (พชอ./ศปถ.อำเภอ/ศปถ.อปท.) **(5 คะแนน)**			
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง **(รวม 12 คะแนน)**	● จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอ เช่น จำนวนครั้งการเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต **(2 คะแนน)** ● จำแนกรายเดือนเปรียบเทียบกับปีย้อนหลังเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน **(รวม 2 คะแนน)** ● จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินตำบลเสี่ยง **(2 คะแนน)** ● จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง **(2 คะแนน)** ● จำนวนถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการต่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่ หรือทำแผนที่ประกอบ **(2 คะแนน)** ● นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ **(2 คะแนน)** 1) บุคคล 2) สภาวะแวดล้อม 3) ระบบที่เกี่ยวข้อง ■ (รายละเอียดภาคผนวก ก.เครื่องมือ 5 ชิ้น) มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร (เกณฑ์การสอบสวน กรณี เสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป)			
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ตาราง Haddon’s matrix **(รวม 12 คะแนน)**	● มีรายงานสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ตามเกณฑ์การสอบสวน กรณีเสียชีวิตตั้งแต่ 1 ราย หรือบาดเจ็บตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป หรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ **(4 คะแนน)** ● วิเคราะห์แบบแผนการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยใช้ตาราง Haddon’s matrix **(4 คะแนน)** ● กรณีเกิดเหตุในพื้นที่ ให้มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ตามภาคผนวก ค.) **(4 คะแนน)**			

กิจกรรม D-RTI^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		คะแนน
		ไม่มี	มี	
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้(problem tree) เพื่อหารากของปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์รากปัญหาได้ **(รวม 12 คะแนน)**	● นำสถานการณ์ปัญหาที่สำคัญวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) เพื่อทำการวิเคราะห์รากของปัญหา เช่น กรณีเด็กเยาวชน, เมาแล้วขับ, ขับย้อนศร อื่นๆ **(6 คะแนน)** ● สรุปรากของปัญหาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข (รายละเอียดภาคผนวก ก.เครื่องมือ 5 ชิ้น) **(6 คะแนน)**			
5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม **(รวม 12 คะแนน)**	● สร้างบันไดผลลัพธ์ เพื่อกำหนดเป้าหมาย เช่น จำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน จำนวนองค์กรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการองค์กรเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น **(6 คะแนน)** ● วิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้น ในการแก้ไขปัญหาแต่ละเป้าหมาย (รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) **(6 คะแนน)**			
6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน(RTI-team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (problem tree) **(รวม 10 คะแนน)**	● มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงาน ที่มีสมาชิกมาจากองค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, อาสาสมัครของชุมชน เช่น อาสาสมัคร กู้ชีพ, อปพร., อสม., ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน หรือเรียกว่า RTI team - มีการจัดตั้ง RTI team ตำบล - มีการประชุม RTI team ตำบล - มีกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของ RTI team ตำบล เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยง การทำมาตรการชุมชนด่านชุมชน มาตรการองค์กร เป็นต้น (รายละเอียด RTI team ตามภาคผนวก ง.) **(5 คะแนน)** ● ร่วมสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (Problem tree) (รายละเอียดภาคผนวก ก. เครื่องมือ 5 ชิ้น) **(5 คะแนน)**			
7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ **(รวม 12 คะแนน)**	● ดำเนินการมาตรการ แผนงานและกิจกรรมสอดคล้องตามผลการวิเคราะห์ปัญหาของอำเภอ **(3 คะแนน)** ● จำนวนมาตรการ/กิจกรรมที่เกิดขึ้น **(6 คะแนน)** ● แสดงรายละเอียดมาตรการดำเนินงาน ภาพ/กิจกรรม **(3 คะแนน)**			
8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง(black spot) หรือ การจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety zone) **(รวม 10 คะแนน)**	● มีการชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง โดยการนำข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย หรือข้อมูลจากการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียน โรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกิน ขับรถเร็ว จอดรถไหล่ทาง เป็นต้น **(3 คะแนน)** ● การนำเสนอข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขในการประชุมทีมสหสาขา เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไขทั้งเชิง			

กิจกรรม D-RTI^{+Plus}	หลักฐานการดำเนินงาน	ผลการประเมิน		คะแนน
		ไม่มี	มี	
	กายภาพ หรือการแก้ไขพฤติกรรม เช่น การขับรถย้อนศร การจอดบนไหล่ทางของรถใหญ่ การบรรทุกเกินเช่น รถบรรทุกอ้อย เป็นต้น **(2 คะแนน)** ● กรณีมีการกำหนดพื้นที่เป็น Safety zone ให้เสนอรายละเอียดของมาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่นั้น เช่น การกำจัดความเร็ว เขตสวมหมวกนิรภัย แก้ไขจุดเสี่ยง ปรับปรุงกายภาพ ติดตั้งป้าย เป็นต้น **(3 คะแนน)** ● ระบุการแก้ไข ภาพถ่าย ตำแหน่ง ที่ตั้ง พิกัด เช่น ชื่อถนนหรือทางแยก หมู่ที่..ตำบล..อำเภอ...ที่ดำเนินการ **(2 คะแนน)**			
9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต,การบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลมาตรการ เฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์) **(รวม 10 คะแนน)**	● มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน กิจกรรมต่างๆและประเมินผลข้อมูลการเสียชีวิต, 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 /2565	ผลการประเมิน รอบที่ 2 /2565
- จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์ ..... กิจกรรม ..... คะแนน	**- จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์ ..... กิจกรรม ..... คะแนน**
- จำนวนกิจกรรมที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ..... กิจกรรม ..... คะแนน	**- จำนวนกิจกรรมที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ..... กิจกรรม ..... คะแนน**

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 20/-/-</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>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)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <11%</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <10%</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <9%</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <8%</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <7%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)</td><td>ร้อยละ</td><td>3.40</td><td>4.35</td><td>3.52</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	856	44	5.14
2	ท่าบ่อ	251	4	1.59
3	โพนพิสัย	217	1	0.46
4	ศรีเชียงใหม่	15	1	6.67
5	สังคม	10	0	0.00
6	สระใคร	7	0	0.00
7	เฝ้าไร่	1	0	0.00
8	รัตนวาปี	3	0	0.00
9	โพธิ์ตาก	11	0	0.00
10	พิสัยเวช	50	0	0.00
	รวม	1,421	50	3.52

เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	0 4241 3354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 20/-/-	**อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)** **2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)**
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62) 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 25
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	**A :** จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 2	**B :** จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 29 %
2	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 28 %
3	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 27 %
4	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 26 %
5	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 %

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)	ร้อยละ	NA	15.84	8.98

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	277	26	9.39
2	ท่าบ่อ	26	3	11.54
3	โพนพิสัย	24	0	0.00
4	ศรีเชียงใหม่	2	1	50.00

	5	สังคม	2	0	0.00
	6	สระใคร	1	0	0.00
	7	เฝ้าไร่	1	0	0.00
	8	รัตนวาปี	0	0	0.00
	9	โพธิ์ตาก	1	0	0.00
	10	พิสัยเวช	0	0	0.00
		รวม	334	30	8.98
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			0 4241 3354 ต่อ 105	

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 20/-/-</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)
3. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)
2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)
3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63) จากทุกหอผู้ป่วย</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 9%</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 8%</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 7%</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 6%</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>2.27</td><td>2.12</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	537	18	3.35
2	ท่าบ่อ	155	0	0.00
3	โพนพิสัย	88	0	0.00
4	ศรีเชียงใหม่	10	0	0.00
5	สังคม	4	0	0.00
6	สระใคร	0	0	0.00
7	เฝ้าไร่	0	0	0.00
8	รัตนวาปี	1	0	0.00
9	โพธิ์ตาก	6	0	0.00
10	พิสัยเวช	50	0	0.00
	รวม	851	18	2.12

เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)	
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	0 4241 3354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 21/18/11	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค 1. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ร้อยละ 88
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**1. ความสำเร็จการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ **1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา **1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ **2.1 ใหม่เสมหะพบเชื้อ (New M+) หมายถึง** ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear พบเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง **2.2 ใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (New M-)** หมายถึง 2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด 2.2.2 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear เป็นไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ผล Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรค หรือ Culture หรือวิธีอื่นๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M.tuberculosis ได้ **2.3 ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ (New Smear not done) หมายถึง** ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายที่มีอาการหนักและไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้ หรือไม่มีการตรวจเสมหะ หรือในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ขากเสมหะส่งตรวจไม่ได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรครายปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1/2565 (ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2564)
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. ร้อยละ 88
วิธีการประเมิน	สสจ. : รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล (โปรแกรม NTIP) คปสอ. : ประเมินจากเอกสารรายงาน ภาพกิจกรรมและรายงานจากโปรแกรม NTIP
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564–ธันวาคม 2564 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564–ธันวาคม 2564
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดราบใหม่ (Success rate) ร้อยละ 88
รายการข้อมูล 1	**A :** ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ
รายการข้อมูล 2	**B :** ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้
สูตรคำนวณ	A / B X 100

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 64
2	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 70
3	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 76
4	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 82
5	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	78.59	81.95	80.76*

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564 (ขึ้นทะเบียน ณ ไตรมาส 1/2564)

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	34	25	73.52
2	ท่าบ่อ	12	10	83.33
3	โพนพิสัย	20	18	90
4	ศรีเชียงใหม่	7	6	85.71
5	สังคม	3	2	66.67
6	สระใคร	5	4	80
7	เฝ้าไร่	11	10	90.91
8	รัตนวาปี	5	3	60
9	โพธิ์ตาก	5	4	80
10	พิสัยเวช	2	2	100
	รวม	104	84	80.76

หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 27 กันยายน 2564

เอกสารอ้างอิง

1. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค
2. โปรแกรม NTIP

ผู้รับผิดชอบ

นายฑภณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 42421 438 ต่อ 136

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 21/18/11</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ < ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอบาย</td><td>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในระหว่างการรักษา <u>(ไม่นับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือจากปัจจัยภายนอก)</u></td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1-3 /2565 (ตุลาคม 2564-มิถุนายน 2565)</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับจังหวัด/คปสอ. <u>≤</u> ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษา(TB07)และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในแต่ละไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล (โปรแกรม NTIP)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564–ธันวาคม 2564
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564–มิถุนายน 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับ</td><td>จังหวัด/คปสอ. อัตราการเสียชีวิต <u>≤</u> ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษา ที่ครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยคนไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาส</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>
<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 <u>≤</u> ร้อยละ 12.5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราการเสียชีวิต <u>≤</u> ร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราการเสียชีวิต <u>≤</u> ร้อยละ 7.5</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราการเสียชีวิต <u>≤</u> ร้อยละ 5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน
ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</td><td>ร้อยละ</td><td>13.28</td><td>13.58</td><td>10.58</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ
1	หนองคาย	246	27	15.10
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	เฝ้าไร่	23	2	8.70
8	รัตนวาปี	10	2	20
9	โพธิ์ตาก	2	1	50
10	พิสัยเวช	10	0	0
	รวม	468	62	13.28

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ
1	หนองคาย	150	15	10
2	ท่าบ่อ	56	5	8.93
3	โพนพิสัย	75	10	13.33
4	ศรีเชียงใหม่	17	2	11.76
5	สังคม	27	1	3.70
6	สระใคร	13	2	15.38
7	เฝ้าไร่	29	2	6.90
8	รัตนวาปี	14	4	28.57
9	โพธิ์ตาก	10	0	0
10	พิสัยเวช	10	2	20
	รวม	401	43	10.72

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2564(1/2564)

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	34	5	14.71
2	ท่าบ่อ	12	1	8.33
3	โพนพิสัย	20	2	10
4	ศรีเชียงใหม่	7	0	0
5	สังคม	3	0	0
6	สระใคร	5	0	0
7	เฝ้าไร่	11	0	0
8	รัตนวาปี	5	2	40
9	โพธิ์ตาก	5	0	0
10	พิสัยเวช	2	0	0
	รวม	104	11	10.58

หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 27 กันยายน 2564

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

ตัวชี้วัดที่ 21/18/11	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค 3. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 74
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**1. อัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ** หมายถึง การตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (1 ตุลาคม พ.ศ.2564 – 30 กันยายน พ.ศ.2565) โดยเทียบกับค่าคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB incidence 150 ต่อประชากรแสนคน หรือ 105,000 ราย : **ข้อมูลจาก WHO: Global TB report 2020)** **2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (new)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษามาแล้วน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบโปรแกรมข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program) มาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น B+ หรือ B-) **3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (relapse)** หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น B+ หรือ B-) **สูตรการคำนวณ : (A/B) x 100** A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) โดยคิดจาก incidence 150 ต่อประชากรแสนคน
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
เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 เปรียบเทียบรายงานการขึ้นทะเบียนในปี 2561-2563
วิธีการประเมิน	1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB07) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล (โปรแกรม NTIP)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564–กุมภาพันธ์ 2565 (5 เดือน) รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564–กรกฎาคม 2565 (10 เดือน)
ระดับจังหวัด/ คปสอ.	รอบที่ 1 อัตราความคลุมการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 37 รอบที่ 2 อัตราความคลุมการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 74
รายการข้อมูล 1	**A :** จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565)
รายการข้อมูล 2	**B :** จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) โดยคิดจาก incidence 150 ต่อประชากรแสนคน

สูตรคำนวณ A/B x 100

เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	**รอบที่ 1**	**รอบที่ 2**
1	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	17	54
2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	22	59
3	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	27	64
4	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	32	69
5	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	37	74

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	อัตรา	74.62	68.08	66.50

อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	ปี 2564 เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย ปี 2565
1	หนองคาย	226	185	81.80	226
2	ท่าบ่อ	124	84	67.54	124
3	โพนพิสัย	148	109	73.41	148
4	ศรีเชียงใหม่	46	22	47.53	46
5	สังคม	38	24	62.73	38
6	สระใคร	40	17	42.10	40
7	เฝ้าไร่	78	43	54.86	78
8	รัตนวาปี	58	22	37.82	58
9	โพธิ์ตาก	23	15	65.29	23
	รวม	783	521	66.50	783

หมายเหตุ จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทแยกตามสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษา

เอกสารอ้างอิง
1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB07) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล (โปรแกรม NTIP)

ผู้รับผิดชอบ

นายฑภณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 42421 438 ต่อ 136

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 21/18/11</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ครอบคลุมร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย หมายถึง ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรค ทั้งวัณโรคปอด และวัณโรคนอกปอด ที่ได้รับยารักษาวัณโรค ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนทุกราย</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัยวัณโรค หรือได้รับยารักษาวัณโรค ในไตรมาสที่ 1-3 /2565
(ตุลาคม 2564-กรกฎาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับจังหวัด/คปสอ. ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค (ICD-10)
2. รายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคจากการตรวจเสมหะที่รอขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP
3. ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยารักษาวัณโรค
4. ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในแต่ละไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูล-อิเล็กทรอนิกรายบุคคล (โปรแกรม NTIP)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564–กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564–กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ครอบคลุมร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคทั้งหมดในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ≥ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>2</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ≥ร้อยละ 85</td></tr>
<tr><td>3</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ≥ร้อยละ 90</td></tr>
<tr><td>4</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ≥ร้อยละ 95</td></tr>
<tr><td>5</td><td>การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคครบถ้วน ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ
1	หนองคาย	-	-	-
2	ท่าบ่อ	-	-	-
3	โพนพิสัย	-	-	-
4	ศรีเชียงใหม่	-	-	-
5	สังคม	-	-	-
6	สระใคร	-	-	-
7	เฝ้าไร่	-	-	-
8	รัตนวาปี	-	-	-
9	โพธิ์ตาก	-	-	-
	รวม	-	-	-

หมายเหตุ ยังไม่ได้จัดเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง	1.รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค (ICD-10) 2.รายงานผลการตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัยวัณโรค 3.ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับยารักษาวัณโรค 4. ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในแต่ละไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล (โปรแกรม NTIP)	
ผู้รับผิดชอบ	นายฑภณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 42421 438 ต่อ 136

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 21/18/11</td><td>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรควัณโรค
5. ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย
ระดับ จังหวัด
คปสอ./รพ.สต</td><td>1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีผล Smear เป็นพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
2. การกำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม. หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.เป็นผู้กำกับการกินยาผู้ป่วยต่อหน้า</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. รายงานผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ที่มีผู้กำกับการกินยาต่อหน้า (DOT) ในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล (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</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลา
ประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564–ธันวาคม 2564
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564–มิถุนายน 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการกากับการกินยาต่อหน้า (DOT) โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A / B X 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้
คะแนน
ระดับ จังหวัด
คปสอ./รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 65</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 75</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม ร้อยละ 80</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม</td><td>ร้อยละ</td><td>84.70</td><td>84.19</td><td>79.18</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	127	86	67.71
2	ท่าบ่อ	61	59	96.72
3	โพนพิสัย	67	46	68.65
4	ศรีเชียงใหม่	14	14	100
5	สังคม	18	18	100
6	สระใคร	10	7	70
7	เฝ้าไร่	35	33	94.25
8	รัตนวาปี	20	16	80
9	โพธิ์ตาก	8	8	100
10	พิสัยเวช	10	6	60
	รวม	370	293	79.18

เอกสารอ้างอิง ระดับ รพ.สต	1. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคราย รพ.สต พร้อมรายชื่อผู้ดูแลเป็นรายบุคคล 2. ภาพกิจกรรมการกำกับการกินยา 3. โปรแกรม NTIP	
ผู้รับผิดชอบ	นายฑภณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 42421 438 ต่อ 136

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 22/19/12</td><td>จังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>จำนวนอำเภอ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>
1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) หมายถึง การที่ประชาชนได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคล และสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยา ตามกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษที่นำมาใช้ทางยา รวมถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา
2. จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง จังหวัดที่มีนโยบาย ระบบและโครงสร้าง กระบวนการ และการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสู่ “อำเภอใช้ยาสมเหตุผล” ซึ่งการพัฒนา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่
2.1 การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) รวมถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU) ดังนี้
<table>
<tr><th>RDU Hospital (4 ตัวชี้วัด)</th><th>RDU PCU (2 ตัวชี้วัด)</th></tr>
<tr><td>1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI ≤ 20%)
2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD ≤ 20%)
3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะจากบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW ≤ 40%)
4. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดเรื้อรังได้รับยาInhale Corticosteroid ≥ 80%</td><td>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI ≤20%) และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD ≤ 20%) ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr>
</table>
2.2 การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชน/ร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in private sectors)
- ร้อยละ100 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในอำเภอที่เป็นไปตามประกาศกระทรวง Good Pharmacy Practice (GPP) ขั้นที่ 3 และมีการดำเนินการ RDU Pharmacy
2.3 การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)
- ร้อยละ 100 ของตำบลในอำเภอที่มีร้านชำปลอดการขายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และยาชุด (อย่างน้อยตำบลละ 1 ร้าน)
ทั้งนี้ ปีงบประมาณ 2565 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้น ให้มีการดำเนินงาน RDU province จังหวัดละ 1 อำเภอ
3. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ ซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และตัวแทนภาคประชาชน เช่น กรรมการ พชอ./พชข. เพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละอำเภอ โดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งในระบบบริการ สุขภาพทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>1. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน
2. รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)
4. ร้านชำในหมู่บ้าน</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับ จังหวัด : จังหวัดดำเนินการผ่านเกณฑ์ RDU province 1 อำเภอ
ระดับ คปสอ. : อำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ RDU province ที่ระดับคะแนน 5
ระดับ รพ.สต. : รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI ≤ 20%) และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD≤ 20%) ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>รายงานผลผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและการนิเทศงาน</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>มีการดำเนินงาน RDU province จังหวัดละ 1 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
(รอบที่ 1 , 2)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>0</td><td>ไม่มีอำเภอผ่านเกณฑ์ RDU province</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์ RDU province 1 อำเภอ</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>อำเภอดำเนินการ RDU province ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>RDU hospital หมายถึง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการ 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ URI , AD , FTW และ Inhale Corticosteroid</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>RDU PCU หมายถึง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ URI และ AD</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 3</td><td>RDU in private sectors หมายถึง ร้อยละ 100 ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในอำเภอที่เป็นไปตามประกาศกระทรวง GPP ขั้นที่ 3 (คำนวณจากจำนวนร้านขายยา ขย.1 ทั้งหมดในอำเภอ)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 4</td><td>RDU community หมายถึง ร้อยละ 100 ของร้านชำในอำเภอที่ปลอดการขายยาอันตราย/ยาควบคุมพิเศษ และยาชุด (คำนวณจากจำนวนร้านชำทั้งหมดในอำเภอ)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.
(รอบที่ 1 , 2)</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">คะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><th>RDU hospital
(รพท. / รพช.)</th><th>RDU PCU
(รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ)</th><th>RDU in private sectors
(ร้านขายยา ขย.1)</th><th>RDU community
(ร้านชำ)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด</td><td>ร้อยละ 40</td><td colspan="2">ผ่านเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด</td><td>ร้อยละ 40</td><td colspan="2">ผ่านเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด</td><td>ร้อยละ 60</td><td colspan="2">ผ่านเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ รพ.สต.</td><td>รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI ≤ 20 %) และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD ≤20%) ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ รพ.สต.
(รอบที่ 1 , 2)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ≤ 40%
2	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ≤ 35%
3	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ≤ 30%
4	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ≤ 25%
5	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ≤ 20%

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ยังไม่มีการดำเนินงานตัวชี้วัดนี้ในปีงบประมาณ 2562-2564	ร้อยละ	-	-	-

ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU hospital และ RDU PCU ปีงบประมาณ 2564

(ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564)

ลำดับ	คปสอ.	URI	AD	FTW	Steroid พ่น	RDU PCU	ร้านขายยา ขย.1	จำนวนตำบล
1	หนองคาย	X	✓	X	X	✓	43	16
2	ท่าบ่อ	X	X	✓	✓	✓	8	10
3	โพนพิสัย	✓	✓	✓	✓	✓	6	11
4	ศรีเชียงใหม่	✓	✓	✓	✓	✓	4	4
5	สังคม	✓	✓	✓	X	✓	3	5
6	สระใคร	✓	✓	X	✓	✓	2	3
7	เฝ้าไร่	✓	X	X	✓	✓	3	5
8	รัตนวาปี	X	✓	X	✓	✓	2	5
9	โพธิ์ตาก	✓	✓	✓	✓	✓	1	3
รวม							72 แห่ง	62 ตำบล

ผู้รับผิดชอบ

1. ภญ.ปิยะมาศ ปรีชาฎก	โทร. 083-2906287
2. ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	โทร. 081-8718242
3. ภญ.เพ็ญพร ส่งเมือง	โทร. 084-0325650
4. ภก.พิมพ์รดา ช่างสุวรรณ	โทร. 086-8514951
5. ภญ.มนสิชา บูรณะบัญญัติ	โทร. 091-0639982
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 23/20/-</td><td>ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>จังหวัด : ร้อยละ | คปสอ. : ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>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) เพื่อการรักษาต่อเนื่องและทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, สาขามะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด)</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2564</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2565</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A-B)/A x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<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>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ขั้นตอน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<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/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมากและเป็นปัญหาของจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอ</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10	ร้อยละ/อัตรา	เพิ่มขึ้น 57.31%	เพิ่มขึ้น 6.06%	ลดลง 6.88%	ลดลง 27.58%

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564 (ต.ค.63-15 ก.ย.64 HDC)

การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ 4 สาขาหลัก	รวม (คน)		ร้อยละ (A-B)/A * 100
	รวมปี 2563 (A)	รวมปี2564 (B)	
สาขาโรคหัวใจ	93	48	ลดลงร้อยละ 48.39
สาขาโรคมะเร็ง	285	221	ลดลงร้อยละ 22.46
สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน	28	19	ลดลงร้อยละ 32.14
สาขาทารกแรกเกิด	0	6	เพิ่มขึ้นร้อยละ 100
รวม	406	294	ลดลงร้อยละ 27.58

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (A)	ผลงาน (B)	ร้อยละ (A-B)/A * 100
1	หนองคาย	153	129	15.69
2	ท่าบ่อ	133	93	30.07
3	โพนพิสัย	46	23	50
4	ศรีเชียงใหม่	38	23	39.47
5	สังคม	9	6	33.33
6	สระใคร	13	14	-7.69
7	เฝ้าไร่	0	0	0
8	รัตนวาปี	0	0	0
9	โพธิ์ตาก	14	6	57.14
10	พิสัยเวช	0	0	0
	รวม	406	294	27.58

เอกสารอ้างอิง

แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบ	
1.น.ส.ศิวิไลซ์ ศรีวิเศษ รพ.หนองคาย	โทร. 086-8549-730
2.นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ สสจ.หนองคาย	โทร.099-5760-280
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ/ศูนย์ส่งต่อรพ.หนองคาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 120 โทร. 0 4242 923 ต่อ xxx

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 24/21/-</td><td>อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>- ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1
- การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1,2)</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ไม่เกินร้อยละ 12</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 (จากรายงาน ER ECS จังหวัด /43 แฟ้ม HDC)</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/ระดับ คปสอ.</td><td>อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A: จำนวนเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B: จำนวนของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
(ประเมิน รพ.ทุกแห่ง)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 16</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 15</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 14</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 13</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน</td><td>ไม่เกินร้อยละ 12</td><td>3.91%
(97/2,478)</td><td>5.09%
(125/2,456)</td><td>5.16%
(120/2,325)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	2,325	120	5.16
2	ท่าบ่อ	663	15	2.26
3	โพนพิสัย	1,037	7	0.68
4	ศรีเชียงใหม่	95	1	1.05
5	สังคม	115	5	4.35
6	สระใคร	75	2	2.67
7	เฝ้าไร่	298	13	4.36
8	รัตนวาปี	143	0	0
9	โพธิ์ตาก	37	5	13.51
10	พิสัยเวช	63	4	6.35
	รวม	4,851	172	3.55

ผู้รับผิดชอบ	1.นางสำเนียง จันทร์รัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com
	2.นางวริศรา เบ้านู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ : 095-6645140 e-mail : warisara.4611@gmail.com
	3.นางสาวเนตรนภา อินเสมียน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โทรศัพท์. : 081-2631549 e-mail : netrenin@gmail.com
	4.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com
	5.น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์. : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com
	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรพ.หนองคาย กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด	โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661 โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 24.1/21.1/-</td><td>โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>- ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ ใน 3 มิติ</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td></td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>2.โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A: จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B: จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
(รพ.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>0</td><td>โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ 0</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>5</td><td>โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td><td>ร้อยละ 80</td><td>0%
(0/1)</td><td>0%
(0/1)</td><td>100%
(1/1)
รพ.หนองคาย</td></tr>
</table>
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>1</td><td>1</td><td>100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบ</td><td>
<table>
<tr><td>1.นางสำเนียง จันทร์รัตน์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ</td><td>โทรศัพท์ : 086-7153941
e-mail : ab9926@gmail.com</td></tr>
<tr><td>2.นางวริศรา เบ้านู
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ</td><td>โทรศัพท์ : 095-6645140
e-mail : warisara.4611@gmail.com</td></tr>
<tr><td>3.นางสาวเนตรนภา อินเสมียน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</td><td>โทรศัพท์. : 081-2631549
e-mail : netrenin@gmail.com</td></tr>
<tr><td>4.นายมนตรี ดิษฐสร้อย
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td><td>โทรศัพท์. : 084-5115654
e-mail : montri.nk@gmail.com</td></tr>
<tr><td>5.น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</td><td>โทรศัพท์. : 089-7102475
e-mail : yoljit17@gmail.com</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรพ.หนองคาย
กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด</td><td>โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661
โทร. 0 4246 5064-70 ต่อ 105</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 24.2/21.2/-</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
- จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่นับรวบผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ healthKPI</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.</td><td>รอบที่ 1,รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลการประเมินผล ดังนี้
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน (รอบที่ 1 , 2)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน < ร้อยละ 11</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ ร้อยละ 11</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ ร้อยละ 16</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ ร้อยละ 21</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ≥ ร้อยละ 26</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
-ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	ร้อยละ	55.61 (2,128/4,713)	45.65 (2,287/5,365)	43.59 (2,588/6,801)

ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ปีงบประมาณ 2562 - 2564 (ต.ค.63 - ส.ค.64)

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	4,046	870	21.50
2	ท่าบ่อ	716	301	42.03
3	โพนพิสัย	1,127	535	47.47
4	ศรีเชียงใหม่	111	73	65.76
5	สังคม	127	4	3.14
6	สระใคร	80	64	80.00
7	เฝ้าไร่	330	251	76.06
8	รัตนวาปี	152	374	246.0*
9	โพธิ์ตาก	42	46	109.5*
10	รพ.พิสัยเวช	70	70	100.00
	รวม	6,801	2,588	43.59

เอกสารอ้างอิง

1. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
2. รายงานบันทึก ER ECS ประจำเดือน

ผู้รับผิดชอบ

1.นางสาวอนัญญา หาบุญมี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	**โทรศัพท์. : 087-6962801** e-mail : ananya7667@gmail.com
2.นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	**โทรศัพท์. : 084-5115654** e-mail : montri.nk@gmail.com
3. นางวริศรา เบ้านู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	**โทรศัพท์ : 095-76645140** e-mail : warisara.4611@gmail.com
4. นางสำเนียง จันทรรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ **กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย**	**โทรศัพท์ : 086-7153941** e-mail : ab9926@gmail.com

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 25/22/-</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>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. ประชุมทำเข้าใจตัวชี้วัด
2. ส่งข้อมูลครบทุกโรงพยาบาล
3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
4. มีการสรุปข้อมูล</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)
ได้แก่ รพท.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ/รพช.โพนพิสัย/รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม
ยกเว้น รพช.สระใคร/รพช.เฝ้าไร่/รพช.รัตนวาปี/รพช.โพธิ์ตาก</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td><3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) X 1,000</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤3.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564 (10ด)
อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	<3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	2.96 (12/4,049)	2.53 (9/3556)	2.23 (7/3149)

: ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 กันยายน 2563

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตราต่อพัน	ระดับคะแนน
1	หนองคาย	1433	3	2.09	5
2	ท่าบ่อ	910	3	3.29	5
3	โพนพิสัย	756	1	1.33	5
4	ศรีเชียงใหม่	12	0	0	5
5	สังคม	32	0	0	5
6	สระใคร	2	0	0	-
7	เฝ้าไร่	2	0	0	-
8	รัตนวาปี	2	0	0	-
9	โพธิ์ตาก	0	0	0	-
10	พิสัยเวช	0	0	0	-
	รวม (ทั้งจังหวัด)	3,149	7	2.23	5

ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 15 กันยายน 2564

เอกสารอ้างอิง

ฐานข้อมูลการตาย มรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย จาก HDC

ผู้รับผิดชอบ

แพทย์หญิงภูษณี กนกศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการ หอผู้ป่วย NICU โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212
นางปริณดา ไตรยะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วย NICU โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 08 1749 6251 e-mail : Parindaaso@hotmail.com โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212

ตัวชี้วัดที่ 26/23/-	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ โรงพยาบาลตองดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ 1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณอักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า 2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้ 2.1. โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน 2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน 2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คลองตัว 3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้ 3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 3.2 กลุมโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03 3.3 โรคไตในกลุมที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 3.5 ภาวะหัวใจลมเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

	3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1 3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ >60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.7 และภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง 3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ป) ประคับประคองระยะท้าย 4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50) * เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด 6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ แบบประเมินตนเอง เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคองข้อ 1–7 (งาน Service plan) เอกสาร ดังแนบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ดึงจากฐาน HDC) ระดับ จังหวัด: ร้อยละ 50 ระดับ โรงพยาบาล: ร้อยละ 50
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. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload) 4. การติดตามประเมินโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยประคับประคองจังหวัดและเขตสุขภาพ 5. การสอบถาม เอกสารแนวทางปฏิบัติต่างๆ

<table>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564– กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564– กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับโรงพยาบาล</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 45</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 50</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>40.12
ข้อมูล: HDC</td><td>67.14
ข้อมูล: HDC</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td>ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>โรงพยาบาล</th><th>จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5)</th><th>จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>423</td><td>230</td><td>54.37</td></tr>
<tr><td>2</td><td>โพนพิสัย</td><td>315</td><td>259</td><td>82.22</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>24</td><td>11</td><td>45.83</td></tr>
<tr><td>4</td><td>สังคม</td><td>127</td><td>67</td><td>52.76</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ท่าบ่อ</td><td>362</td><td>268</td><td>74.03</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>63</td><td>46</td><td>73.02</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	7	โพธิ์ตาก	24	18	75
	8	เฝ้าไร่	50	45	90
	9	รัตนวาปี	92	60	65.22
		รวม	1,480	1,004	67.84

เอกสารอ้างอิง

1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินงานด้าน palliative อย่างคล่องตัว รวมทั้งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยตามตัวชี้วัด
2. บัญชียาแต่ละโรงพยาบาล
3. แนวทางปฏิบัติระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง)
4. กิจกรรม Family Meeting และการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8
5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกรหัสการเยี่ยม บ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5
6. เครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
7. การบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5
8. แบบประเมินตนเอง เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคองข้อ 1–7 (งาน Service plan)

ผู้รับผิดชอบ		
	แพทย์หญิงโมพี นาคสาร	โทร. 089-7127906
	นางลำยอง เลขนอก	โทร. 089-6179089
	นางกนกกร ราชป้องขันธ์	โทร. 097-0363517
	เภสัชกรหญิง กฤษติยา พุ่มบัว	โทร. 089-8418107
	นางนุชจรินทร์ 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. 042-422923 ต่อ 123**

เอกสารแนบท้าย

แบบประเมินตนเอง (Check list) เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคอง ข้อ 1–7 (งาน Service plan)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล ให้ได้คุณภาพและมี ประสิทธิภาพ

เกณฑ์ตัวชี้วัด

หัวข้อ	เนื้อหา	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
1	มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้ 1.1 โรงพยาบาลระดับA,Sมีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PCปฏิบัติงาน fulltime อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PCปฏิบัติงาน parttime อย่างน้อย1คน 1.2 โรงพยาบาลระดับ A,S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PCปฏิบัติงาน part-time อย่างน้อย 1 คน 1.3 โรงพยาบาลทุกระดับมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย1คน		
2	โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์งานหรือกลุ่มงานที่สามารถดำเนินการได้คลองตัว		
3	มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์		
4	มีรายการยา Opioids ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวดและ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) ยากลุ่ม Opioids ตาม กรอบบัญชียาขั้นต่ำที่กระทรวงแนะนำ • **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:** รพร.ท่าบ่อ, รพ.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.เฝ้าไร่, รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก 1. Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือMO IR 10mg tab 2. MST 10 mg tab 3. MO inj.		

หัวข้อ	เนื้อหา	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
	โดยพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย		
5	มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim(ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50)		
6	มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน		
7	มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)		

ตัวชี้วัดที่ 27/24/-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะsevere sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจากcommunity-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่มcommunity-acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥65 mm Hg และมีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป(ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) 5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด 6. ทบทวน Case 6.1 ต้องมีการทบทวน Sepsis/Severe Sepsis/Septic shock ที่ dead โดยใช้แบบทบทวนตามงานคุณภาพของโรงพยาบาล 6.1.1 รพ.หนองคาย ทบทวนให้ได้ร้อยละ 10

	6.1.2 รพร.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 นางกัญญัณณัฏฐ์ พรหมเขจร : say12909@gmail.com

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
< ร้อยละ 26	< ร้อยละ 24	< ร้อยละ 22

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired** ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด 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) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด 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) โดยมีสถานภาพการจ้าหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด 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)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+C) / D × 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
3. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

ปี 2567 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :

1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ
2. เกณฑ์การให้คะแนน:

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
ระดับ	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี (เป้าปี65<26)	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20

เอกสารสนับสนุน : แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564 (11 เดือน)
-	ร้อยละ	37.33	40.43	37.23	36.64

เป้าหมาย ระดับ จังหวัด/คปสอ. :<ร้อยละ 26

วิธีการประเมิน
- รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
- โปรแกรม 43 แฟ้ม และ Cockpit
- HDC

ระยะเวลาประเมินผล
รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564– กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564– กรกฎาคม 2565

ระดับจังหวัด/คปสอ. **อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 26**

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidityไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) × 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีการทบทวน case น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีการทบทวน case ร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีการทบทวน case ร้อยละ 100 ของเกณฑ์ที่กำหนด
อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 38</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 32</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 26</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</td><td>< ร้อยละ 30</td><td>24.96</td><td>37.33</td><td>40.43</td><td>37.23</td><td>36.64</td></tr>
</table>
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>367</td><td>202</td><td>55.04</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>162</td><td>49</td><td>30.25</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>105</td><td>7</td><td>6.67</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>5</td><td>1</td><td>20.00</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>13</td><td>1</td><td>7.69</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>14</td><td>1</td><td>7.14</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>34</td><td>1</td><td>2.94</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>23</td><td>4</td><td>17.39</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td>10</td><td>พิสัยเวช</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>726</td><td>266</td><td>36.64</td></tr>
</table>
ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 15 กันยายน 2564
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td>1. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
3. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบ</td><td>
<table>
<tr><td>นางสาวจินตาหรา มังคะละ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองคาย</td><td>โทร. : 042-413456-65 ต่อ 223
e-mail: -</td></tr>
<tr><td>นางกัญญัณณัฏฐ์ พรหมเขจร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลหนองคาย</td><td>โทร. : 086-6400531
e-mail: say12909@gmail.com
โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 640-641</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature >38°C or <36°C

Heart rate >90 beats/min

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

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

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

Urine output <0.5 mL/kg/hrเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

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

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

Creatinine>2.0 mg/dL(176.8μmol/L)

Bilirubin >2 mg/dL(34.2μmol/L)

Platelet count <100,000μL

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

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure ≤100 mm Hg
3. Respiratory rate ≥22/min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ใช้)		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
ความดันโลหิต (ต่ำบน)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
หายใจ	≤8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย พึมพำคำพึ่น	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกตื่นได้ ตาลืมได้	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน ปัสสาวะ/8 ชม ปัสสาวะ/4 ชม ปัสสาวะ/1 ชม		≤500 ≤160 ≤80 ≤20	501-999 161-319 81-159 21-39	≥1,000 ≥320 ≥160 ≥40			

<u>การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล</u>

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

<u>ตารางที่ 5</u> Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

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

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

<u>ตารางที่ 6</u> เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)

1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
2) มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
3) เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

- ✓ ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
- ✓ เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1
- ✓ กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2
- ✓ ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

<u>การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล</u>

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

นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

สูตรคำนวณ = <u>จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic x 100</u>จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

<u>หมายเหตุ</u> 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 = <u>จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. x 100</u>
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

สูตรคำนวณ = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. x 100
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

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

สูตรคำนวณ = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม. x 100
จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 28/25/-	**ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture Rate)**
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ผู้ป่วย Refracture Prevention** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย **ภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)** หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) **ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภยันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น **การผ่าตัดแบบ Early surgery** หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน **กระดูกสะโพกหัก หมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck S72.0 2. Intertrochanter S72.1 3. Subtrochchanter S72.2 **กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Compression spine S22.0 (T-spine) S32.0 (LS-spine) S32.7 (multiple LS with pelvis) 2. Humerus S42.2 (proximal) S42.3 (shaft) S42.4 (distal) 3. Distal radius S52.5 (without ulna) S52.6 (with ulna) 4. Distal femur S72.4 5. Proximal tibia S82.1 6. Distal tibia and ankle S82.3 (Plafond) S82.5 (Medial malledus) S82.6 (lateral malledus) S82.8 (lower leg, other) **ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการด้วยรหัส 1. open reduction with internal fixation femur 79.35 2. Close reduction with internal fixation femur 79.15 3. Total hip arthroplasty 81.51 4. Partial hip arthroplasty 81.52 **Liaison** หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ **เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention** หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข **หมายเหตุ :** ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี

<table>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด
2. โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2.1 รพท.หนองคาย
2.2 รพร.ท่าบ่อ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>Refracture ≤ ร้อยละ 20</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 43/แฟ้ม HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลา
ประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564-กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td>Refracture <ร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) × 100</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
(รพ.หนองคาย/
รพร.ท่าบ่อ)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>1. เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Refracture Rate ≤ ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Refracture Rate ≤ ร้อยละ 35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Refracture Rate ≤ ร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Refracture Rate ≤ ร้อยละ 25</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Refracture Rate ≤ ร้อยละ 20</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>Refracture Rate</td><td>≤ ร้อยละ 20</td><td>0
(0/67)</td><td>0
(0/36)</td><td>0
(0/51)</td><td>0
(0/80)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td><td>ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1</td><td>หนองคาย</td><td>50</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td>ท่าบ่อ</td><td>30</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม Refracture</td><td>80</td><td>0</td><td>0</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นายแพทย์กฤษฎา ศรีกุลวงศ์
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลหนองคาย</td><td>โทร. 089-1795273
E-mail : kritsada_s@ hotmail.com
โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 223</td></tr>
<tr><td>นางสิวินีย์ หนุ่มขุนทด
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
โรงพยาบาลหนองคาย</td><td>โทร. 086-8519857
E-mail : Kaisiwi@gmail.com
โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 413</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 29/26/-</td><td>อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>น้อยกว่าร้อยละ 8</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ข้อมูลThai ACS registry
ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 11</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 9</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 8</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</td><td>ร้อยละ</td><td>7.50</td><td>9.30</td><td>6.40</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	83	7	8.43
2	ท่าบ่อ	15	0	0.00
3	โพนพิสัย	10	0	0.00
4	ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00
5	สังคม	4	1	25.00
6	สระใคร	0	0	0.00
7	เฝ้าไร่	11	0	0.00
8	รัตนวาปี	0	0	0.00
9	โพธิ์ตาก	0	0	0.00
10	พิสัยเวช	0	0	0.00
	รวม	125	8	6.40

เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูล Thai ACS registry 2. ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 3. รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ	
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	0 4241 3354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 29.1/26.1/-</td><td>ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการ ให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)
Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>มากกว่าร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ข้อมูลThai ACS registry
ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ20</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ30</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ40</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ50</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ60</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ20
2	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ30
3	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ40
4	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ50
5	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน 30 นาทีนับจากการวินิจฉัย >ร้อยละ60

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย **STEMI** ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	33.00	80.55	70.83

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	5	4	80.00
2	ท่าบ่อ	1	1	100.00
3	โพนพิสัย	6	3	50.00
4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100.00
5	สังคม	0	0	0.00
6	สระใคร	4	4	100.00
7	เฝ้าไร่	4	2	50.00
8	รัตนวาปี	2	1	50.00
9	โพธิ์ตาก	1	1	100.00
10	พิสัยเวช	0	0	0.00
	รวม	24	17	70.83

เอกสารอ้างอิง

1.ข้อมูลThai ACS registry
2.ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
3.รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล นางสุจิตรา บุษปฤกษ์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534
E-mail:poo_b12@hotmail.com
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
0 4241 3354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 29.2/26.2/-	**ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)**
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD 10 ที่จะนำมาประเมิน (CVD Risk) ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับจุดทุกจุดตามหลังรหัส) ยกเว้นรหัส E10-E14 ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10- I15 ยกเว้นรหัส I11.0 ,I11.9,I13.0,I13.1, I13.2, I13.9 และรหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60- I69 ในทุกประเภท การวินิจฉัย (Dx type)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง(I10 – I15) อายุ 35 -60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ : 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10 –I15) อายุ 35-60 ปี Type area 1 และ 3 หมายถึง 1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10 – I15) อายุ 35 -60 ปี Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง 1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10 – I15) อายุ 35 -60 ปี Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ
เป้าหมาย	ร้อยละ 90
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	**A :** จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง(I10 - I15) อายุ 35 - 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD 10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับจุดทุกจุดตามหลังรหัส) ยกเว้นรหัส E10-E14 ร่วมกับ 160-169 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10- I15 ยกเว้นรหัส I11.0 ,I11.9,I13.0,I13.1,I13.2, I13.9 และรหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภท การวินิจฉัย (Dx type)

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10 - I15) อายุ 35 -60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
หมายเหตุ : รหัส ICD 10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่
1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับจุดทุกจุดตามหลังรหัส) ยกเว้นรหัส E10-E14 ร่วมกับ 160-169 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10- I15 ยกเว้นรหัส I11.0 ,I11.9,I13.0,I13.1, I13.2, I13.9 และรหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภท การวินิจฉัย (Dx type)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>2</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>3</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>4</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ร้อยละ 90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</td><td>ร้อยละ</td><td>90.28</td><td>84.70</td><td>80.99</td></tr>
</table>
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>5,781</td><td>4,473</td><td>77.37</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>3,673</td><td>2,922</td><td>79.55</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>3,426</td><td>3,136</td><td>91.54</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>1,286</td><td>1,086</td><td>84.45</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>1,149</td><td>1,089</td><td>94.78</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>926</td><td>628</td><td>67.82</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>1,815</td><td>1,507</td><td>83.03</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>1,533</td><td>1,066</td><td>69.54</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>551</td><td>405</td><td>73.50</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>20,140</td><td>16,312</td><td>80.99</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นางสุจิตรา บุษปฤกษ์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td><td>โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534
E-mail:poo_b12@hotmail.com</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</td><td>0 4241 3354 ต่อ 105</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 30/27/-	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/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 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
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

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

รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr	ร้อยละ	59.13	61.15	62.87

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	763	426	55.83
2	ท่าบ่อ	1,230	816	66.34
3	โพนพิสัย	407	295	72.48
4	ศรีเชียงใหม่	334	253	75.75
5	สังคม	304	163	53.62
6	สระใคร	240	127	52.92
7	เฝ้าไร่	80	47	58.75
8	รัตนวาปี	250	162	64.80
9	โพธิ์ตาก	124	58	46.77
10	พิสัยเวช	6	3	50
	รวม	**3,738**	**2,350**	**62.87**

เอกสารอ้างอิง

1. คำแนะนำสาหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
2. HDC

ผู้รับผิดชอบ

นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์	โทร. 062 9794966
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 042 413354 ต่อ 105

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 31/28/-</td><td>ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึงโรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตาแย่กว่า 20/400</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ)</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ร้อยละ 90</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 2020 แฟ้ม/HDC/ประเมิน/สำรวจ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564-กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td>ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></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>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="5">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน</td><td>ร้อยละ</td><td>94.78</td><td>98.52</td><td>99.54</td><td>99.37</td><td>99.49</td></tr>
</table>
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>391</td><td>387</td><td>98.98</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>288</td><td>288</td><td>100</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>679</td><td>675</td><td>99.49</td></tr>
</table>
ข้อมูลจากโปรมแกรม Vision 2020 Thailand 13 ก.ย. 2564
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td>Vision2020 thailand</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบ</td><td>นางสาวสุรีรัตน์ จันทร์หล้า
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คลินิกตรวจตา รพ.หนองคาย</td><td>โทร. 088-5607460
e-mail : pockysrr@gmail.com
โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 126</td></tr>
<tr><td></td><td>พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย</td><td>โทร. 081-9778442
e-mail : praditsararat@gmail.com
โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 32/-/-</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับเขตสุขภาพที่ 8 ≥0.7 : 100)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>อัตรา</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>• ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย
• จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ.จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี 2565 ให้ใช้จานวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2564 เป็นตัวหาร)
หมายเหตุ :
ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตดังเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่นๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดย จำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, S และ M1 ทั่วประเทศ
(รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ)</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>0.7 : 100</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564– กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564– กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual donor) ปีงบประมาณ 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2564</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
(เฉพาะ รพท.)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.3 : 100</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4 : 100</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.5 : 100</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.6 : 100</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.7 : 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564(11)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.9:100	0.4 (2/517)	0.6 (3/484)	0.2 (1/527)	0.2 (1/519)	0.6 (3/488)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	จำนวน		ร้อยละ (คน)
			คน	อวัยวะ	
1	หนองคาย	519	3	ตา:กระจกตา 5 ไต:2	0.6
	รวม		3		0.6

เอกสารอ้างอิง	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย	
ผู้รับผิดชอบ	นางปวีณา หาระคุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยหนัก 1 รพ.หนองคาย	โทร.0885758859 e-mail: paweenakuk6@gmail.com โทร. 042413456-65 ต่อ 618, 619

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 33/29/-</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. ดังนี้
- ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2 -3
- ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6
- ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงาน ข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 60
ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>- รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
- สถานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตาม เกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Retention Rate ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Retention Rate ร้อยละ 45</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Retention Rate ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Retention Rate ร้อยละ 55</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Retention Rate ร้อยละ 60</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 50 ของผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย (Retention Rate)</td><td>ร้อยละ</td><td>81.57</td><td>93.22</td><td>76.70</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>22</td><td>15</td><td>68.2</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>54</td><td>54</td><td>100</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>85</td><td>57</td><td>67.1</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>8</td><td>6</td><td>75.0</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>9</td><td>6</td><td>66.67</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5</td><td>3</td><td>60.0</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>16</td><td>13</td><td>81.3</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>6</td><td>4</td><td>66.7</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>5</td><td>3</td><td>60.0</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>210</td><td>161</td><td>76.70</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">1. รายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบ</td><td>นางสาวยลจิต บุตรเวทย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</td><td>โทร. 089 - 7102475</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>นายจารุเกียรติ หิมรัตน์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</td><td>โทร. 087 - 9543279</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด</td><td>โทร. 0 4242 923 ต่อ 105</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 34/30/-	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือ จน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)** หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S : เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) ***ผู้ป่วย Intermediate care** หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F **Intermediate ward** คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1 **Intermediate bed** คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) **การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ <u>หมายเหตุ</u> 1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา 2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1, S24.0 – S24.1, S34.0 – S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด 2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : รพ.ผ่านระดับคะแนน 5 ทั้ง 8 แห่ง ระดับ คปสอ. : ≥ร้อยละ 70
วิธีการประเมิน	จัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1: ตุลาคม 2564–กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2: ตุลาคม 2564–กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M, F ที่มีผลประเมินที่ระดับคะแนน 5
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ M, F ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ จังหวัด

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M, F ที่มีผลประเมินที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 4 แห่ง
2	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M, F ที่มีผลประเมินที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 5 แห่ง
3	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M, F ที่มีผลประเมินที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 6 แห่ง
4	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M, F ที่มีผลประเมินที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 7 แห่ง
5	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M, F ที่มีผลประเมินที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 8 แห่ง

ระดับ คปสอ.

ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
(ใช้วัดทั้งรอบที่ 1 และ 2)

รายการข้อมูล 1

A : ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

รายการข้อมูล 2

B: ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20
หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน

สูตรคำนวณ

(A/B) × 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 มีผลการดำเนินตัวชี้วัด น้อยกว่าร้อยละ 50
3	มี 1 และ มีผลการดำเนินตัวชี้วัด ร้อยละ 50
4	มี 1 และ มีผลการดำเนินตัวชี้วัด ร้อยละ 60
5	มี 1 และ มีผลการดำเนินตัวชี้วัด ร้อยละ 70 ขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥ ร้อยละ 70	68.77 (ร้อยละ 60)	56.47 (ร้อยละ 60)	77.80 (ร้อยละ 65)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	187	140	74.87
2	ท่าบ่อ	65	51	78.46
3	โพนพิสัย	61	43	70.49
4	ศรีเชียงใหม่	27	20	74.07
5	สังคม	14	14	100
6	สระใคร	22	20	90.90
7	เฝ้าไร่	38	32	84.21
8	รัตนวาปี	37	28	75.68
9	โพธิ์ตาก	10	7	70
10	พิสัยเวช	-	-	-
	รวม	461	355	77.80

เอกสารอ้างอิง

1. การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH,
2. Intermediate Care System NHS UK,
3. British Geriatics Society
4. รายงานภาวะโรค IHPP 2556,
5. HDC

ผู้รับผิดชอบ

นางวันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย	โทร.0869360708 e-mail: wanrattha@gmail.com โทร.042-413456-65 ต่อ 223
นายสุภาวุฒิ ทองทำมา นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย	โทร.09432844756 e-mail: top_s_zaa@hotmail.com โทร.042-413456-65 ต่อ 172
นางสาวปรานต์ศศิ อินทรวิเชียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร.088-4561515 โทร.042-413456-65 ต่อ 177
นางอุไรรัตน์ ศรีสม	โทร.088-5713729
นายสมพร เจือจันทึก	โทร.089-5711175
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย	โทร. 0423422923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 35/31/- 35.1/31.1/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery≥ร้อยละ 20 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) <ร้อยละ 5
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)** หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตาม***เอกสารแนบ One Day Surgery (1)*** **การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)** หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวีดิทัศน์ที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตาม***เอกสารแนบ Minimally Invasive Surgery (2)*** โดยการ Re-admit ภายใน 1 เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ODS :** ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery **MIS :** ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) หมายเหตุ : ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ)
เป้าหมาย	**ODS :** ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery≥ร้อยละ 20 **MIS :** ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)≤ร้อยละ 5
วิธีการประเมิน	**ODS :** วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry **MIS :** วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด **ระดับ คปสอ.**	**ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100
*<u>หมายเหตุ</u> การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ
$\frac{\text{A = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery}}{\text{B = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด}}$ X 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
(รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery <ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 15</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 20</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือ ถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
(รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 9</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 8</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 7</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 6</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</td><td>≥ร้อยละ20</td><td>80.55 (36/29)</td><td>14.95 (214/32)</td><td>26.63 (383/102)</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)</td><td><ร้อยละ 5</td><td>NA</td><td>NA</td><td>0 (0/1,027)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	383	102	26.63
2	ท่าบ่อ	NA	NA	NA
	รวม	383	102	26.63

ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)<ร้อยละ 5

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	54	0	0
2	ท่าบ่อ	973	0	0
	รวม	1,027	0	0

เอกสารอ้างอิง

ODS:

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS)
2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

MIS:

1. คู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563
2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

ผู้รับผิดชอบ

นายขวัญชาย กิติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 0897155494 e-mail: Jomednu@gmail.com โทร. 0 42 143456-65 ต่อ 223
นายอัษฎายุธ นันทา นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 0946107711 e-mail : aorfeeus@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 223
นางสมนา สกุลคู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 08 9944 8697 e-mail : Somana44@hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 414

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 36/32/-</td><td>ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ และ
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ
2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง
2.1 โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีแพทย์แผนไทย
2.3 สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ
2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีระดับชำนาญการพิเศษ
3. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสั่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
4. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา
5. Palliative care ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD10 Z51.5)</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1. โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 แห่ง
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีแพทย์แผนไทย จำนวน 10 แห่ง
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 1 แห่ง
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับจังหวัด : หน่วยบริการสาธารณสุข ระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 5 แห่ง
ระดับ คปสอ. : หน่วยบริการสาธารณสุข ระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ระดับคะแนน 5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. การสำรวจและการรายงาน
2. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
3. จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลา
ประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564-กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้
คะแนน
ระดับจังหวัด
รอบที่ 1</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 2 แห่ง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 3 แห่ง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้
คะแนน
ระดับจังหวัด
รอบที่ 2</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 2 แห่ง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 3 แห่ง</td></tr>
<tr><td>4</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 4 แห่ง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 5 แห่ง</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ และ
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ทุกแห่ง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A1 = จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุข ที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
A2 = จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B1 = จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมาย ในจังหวัดหนองคาย
B2 = จำนวนผู้ป่วย Palliative care</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>ระดับจังหวัด : (A1/B1) x 100 และ (A2/B2) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 1</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ระดับจังหวัด/อำเภอ และมีคู่มือแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) ทุกแห่ง</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายมีใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ทุกแห่ง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีการจัดทีมบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ สามารถเข้ารับการอบรมหลักสูตรออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ IMRTA e-Learning หรือ http://www.e-learningimrta.dms.moph.go.th/)</td></tr>
<tr><td>4</td><td>4.1 มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา สั่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยทุกรายในระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
4.2 มีการจัดทำทะเบียน/แบบฟอร์มทะเบียนสารสกัดจากกัญชาสามารถตรวจสอบจำนวนการใช้ไปและคงเหลือ
4.3 มีระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
(มีครบทุกข้อ)</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มีฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วย Palliative care และผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ หรือ ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ทุกแห่ง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 2</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 ที่ระดับคะแนน 5 และ
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>2</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 ที่ระดับคะแนน 5 และ
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>3</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 ที่ระดับคะแนน 5 และ
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>4</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 ที่ระดับคะแนน 5 และ
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>5</td><td>หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ คปสอ. ผ่านเกณฑ์รอบที่ 1 ที่ระดับคะแนน 5 และ
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 หรือ
ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 80</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>33.33</td><td>100</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ หรือ ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งใช้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) 2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
ผู้รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบหลัก 1. นพ.ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช สสจ.หนองคาย 2. นางสาวจรัสศรี อาจศิริ สสจ.หนองคาย ผู้สนับสนุน 1. นายไพรัตน์ ประทุมทอง สสจ.หนองคาย 2. นางปิยะมาศ ปรีชาฎก สสจ.หนองคาย 3. นางสาวเยาวลักษณ์ บุญจันทร์ สสจ.หนองคาย 4. นางสาวมนสิชา บูรณะบัญญัติ สสจ.หนองคาย 5. นายสมภพ ดวงแก้ว รพ.หนองคาย 6. นางสาวกนกวรรณ โฉสูงเนิน รพ.หนองคาย 7. นางโสภิฎา ผันผิน รพ.หนองคาย	 โทร. 08 1768 2086 โทร. 08 1544 7472 โทร. 08 1871 3114 โทร. 08 3290 6287 โทร. 08 1871 8242 โทร. 09 1063 9982 โทร. 08 1545 3714 โทร. 08 4742 2057 โทร. 06 2154 7426
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สสจ.หนองคาย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 109 โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129 โทร. 0 4241 3456 ต่อ 186

ตัวชี้วัดที่ 37/33/13	**ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก** **1) อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย (ใช้แบบความครอบคลุม)**
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1. หญิงตั้งครรภ์ 2. เด็ก 0-2 ปี 3. เด็ก 3-5 ปี 4. เด็ก 6-12 ปี 5. ผู้มีอายุ15-59 ปี 6. ผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. 2. กลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. 3. กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. 4. กลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. 5. ผู้มีอายุ 15-59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. 6. ผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.
เป้าหมาย	อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย (ใช้แบบความครอบคลุม) 1. อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 2. อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 3. อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 4. อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 5. อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 6. อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 7. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) ไม่น้อยกวาร้อยละ 40
วิธีการประเมิน	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ทุกระดับ	**1. อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35**
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน โดยทันตบุคลากร เป็นภาพรวม จังหวัด/คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในปีงบประมาณ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.

<table>
<tr><td></td><td>จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละ ANC ได้รับบริการตรวจชองปากและขัดทำความสะอาดฟน</td><td>10</td><td>15</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละ ANC ได้รับบริการตรวจชองปากและขัดทำความสะอาดฟน</td><td>12.5</td><td>20</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละ ANC ได้รับบริการตรวจชองปากและขัดทำความสะอาดฟน</td><td>15</td><td>25</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละ ANC ได้รับบริการตรวจชองปากและขัดทำความสะอาดฟน</td><td>17.5</td><td>30</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละ ANC ได้รับบริการตรวจชองปากและขัดทำความสะอาดฟน</td><td>20</td><td>35</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ทุกระดับ</td><td>2. อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี/ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.4 OHSP ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี/ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.4 OHSP ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละเด็ก ป.2 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</td><td>15</td><td>30</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละเด็ก ป.2 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</td><td>17.5</td><td>35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละเด็ก ป.2 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</td><td>20</td><td>40</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละเด็ก ป.2 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</td><td>22.5</td><td>45</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละเด็ก ป.2 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</td><td>25</td><td>50</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ทุกระดับ</td><td>3. อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและplaque control เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.5 OHSP ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก เฉพาะเขต-> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี/ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.จาก</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.4 OHSP ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</td><td>15</td><td>30</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</td><td>17.5</td><td>35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</td><td>20</td><td>40</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</td><td>22.5</td><td>45</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</td><td>25</td><td>50</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ทุกระดับ</td><td>4. อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : OHSP ร้อยละเด็ก 3-5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.9 OHSP ร้อยละเด็ก 3-5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.9 OHSP ร้อยละเด็ก 3-5 ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</td><td>15</td><td>30</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</td><td>17.5</td><td>35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</td><td>20</td><td>40</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</td><td>22.5</td><td>45</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</td><td>25</td><td>50</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ทุกระดับ</td><td>5. อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับบริการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เป็นภาพรวมจังหวัด /คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.3. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใชแบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี/ ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.3. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใชแบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้</td><td>5</td><td>12.5</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้</td><td>7.5</td><td>15</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้</td><td>10</td><td>17.5</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้</td><td>12.5</td><td>22.5</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้</td><td>15</td><td>25</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ทุกระดับ</td><td>6. อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.20 OHSP ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนผู้มีอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับการทันตกรรม เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้มีอายุ 15-59 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.20 OHSP ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนผู้มีอายุ 15-59 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม</td><td>5</td><td>12.5</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม</td><td>7.5</td><td>15</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม</td><td>10</td><td>17.5</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม</td><td>12.5</td><td>22.5</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม</td><td>15</td><td>25</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ทุกระดับ</td><td>7. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) ไม่น้อยกวาร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับบริการทันตกรรม เป็นภาพรวมจังหวัด /คปสอ./รพ.สต.จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.23 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนผู้สูงอายุ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด /คปสอ./รพ.สต.จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.23 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนผู้สูงอายุทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.
- ระดับ รพ.สต.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	10	20
2	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	12.5	25
3	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	15	30
4	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	17.5	35
5	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	20	40

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
1. อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (คน)	ร้อยละ	n/a	13.94	38.50
2. อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	ร้อยละ	61.61	55.23	56.11
3. อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	ร้อยละ	56.22	53.83	45.57
4. อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	ร้อยละ	51.94	64.61	59.23
5. อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	n/a	40.91	28.69
6. อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	45.89	48.04	38.28
7. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใชแบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	45.53	40.04	37.59

เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central สสจ.หนองคาย กสธ. ณ วันที่ 6 กันยายน 2564
* ปี 2563 และ 2564 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)
** ปี 2564 เป็นข้อมูล 11 เดือน และมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

เอกสารอ้างอิง

เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ

ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์	โทร. 089-7106864
นายอานนท์ พรมแพน	โทร 088-0569025
นส.พรพิมล อุตมะ	โทร. 093-3197529
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ139

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 37/33/13</td><td>ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก
2) ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>กลุ่มอายุ12ปีหมายถึงกลุ่มเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการรวมทั้งภาครัฐและเอกชน(จังหวัดหนองคายให้หมายถึงเด็กที่อยู่ ชั้น ป.6)
ฟันดีไม่มีผุหมายถึงฟันแท้ปกติ(รวมarrested caries)และ/หรือมีฟันที่อุดแล้วไม่ผุโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุดถอนรักษาคลองรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก
ฟันผุหมายถึงฟันแท้ที่ผุเป็นรู หรือมีฟันที่อุดแล้วผุ และให้นับรวมฟันแท้ที่ถูกถอนไปแล้วด้วย
โดยหน่วยบริการจะต้องมีการดำเนินการดังนี้
1.คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล
2.มีการเฝ้าระวังโรคในช่องปากโดยการจัดรายงานผลตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน โดยรอบที่ 1 รายงานเทอมที่ 2 ปีการศึกษา 2564 รอบที่ 2 รายงานเทอมที่ 1 ปีการศึกษา 2565 (ทส.003/6) ระดับอำเภอและตำบล
3.มีการคืนข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพแก่เครือข่ายบริการ โรงเรียนและชุมชน
4.มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฟันผุวัยเรียนระดับอำเภอและตำบล</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6)</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับจังหวัด/คป.สอ./รพ.สต.
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th><th>ปีงบประมาณ 66</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 75</td><td>ร้อยละ 75</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>- รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลผลการบันทึกข้อมูลโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC
- รอบที่ 2 ใช้ผลการสำรวจสุขภาพช่องปาก (ทส.001, ทส.001/6, 002 , 003 , 003/6) ระดับ รพ.สต./อำเภอ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2564–กุมภาพันธ์ 2565) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ
รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2565–กรกฎาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6) ที่ปราศจากฟันผุ (caries free)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6) ที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 3</td><td>C= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี (ป.6) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>รอบที่ 2 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ12ปีฟันดีไม่มีผุ= (A+B)/C x100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด/
ระดับ คป.สอ./
ระดับ รพ.สต.</td><td>สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ (เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ)โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนปี 2565 ดังนี้
5 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 –กุมภาพันธ์ 2565) : ติดตามกิจกรรมสำคัญ
ร้อยละ เด็ก 6 - 12 ปี ได้รับบริการทันตกรรมดูจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน : ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปากข้อ 17.13
<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 –กรกฎาคม2563) 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></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12ปี ฟันดีไม่มีผุ</td><td>ร้อยละ</td><td>74.07</td><td>74.98</td><td>76.37</td><td>73.05</td></tr>
</table>
ตารางแสดงผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2561-2563
<table>
<tr><th rowspan="2">เครือข่ายบริการ</th><th colspan="3">ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12ปี ฟันดีไม่มีผุ</th></tr>
<tr><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th></tr>
<tr><td>เมืองหนองคาย</td><td>77.08</td><td>73.70</td><td>60.62</td></tr>
<tr><td>ท่าบ่อ</td><td>70.15</td><td>69.34</td><td>70.17</td></tr>
<tr><td>โพนพิสัย</td><td>78.05</td><td>89.41</td><td>88.22</td></tr>
<tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>93.68</td><td>83.09</td><td>83.08</td></tr>
<tr><td>สังคม</td><td>54.88</td><td>61.63</td><td>60.74</td></tr>
<tr><td>สระใคร</td><td>67.87</td><td>71.61</td><td>80.07</td></tr>
<tr><td>เฝ้าไร่</td><td>79.94</td><td>77.41</td><td>80.29</td></tr>
<tr><td>รัตนวาปี</td><td>77.78</td><td>75.13</td><td>84.76</td></tr>
<tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>73.33</td><td>77.21</td><td>74.63</td></tr>
<tr><td>รพ.พิสัยเวช</td><td>66.80</td><td>77.83</td><td>74.45</td></tr>
<tr><td>จ.หนองคาย</td><td>74.98</td><td>76.37</td><td>73.05</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">- ระบบข้อมูลเฝ้าระวังทันตสุขภาพ/รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของทีมจังหวัดและทีมไขว้เครือข่ายบริการปีการศึกษา 2564 (ทส.001, ทส.001/6, 002 , 003 , 003/6)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">ผู้รับผิดชอบ</td><td>ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์</td><td>โทร. 089-7106864</td></tr>
<tr><td>นายอานนท์ พรมแพน</td><td>โทร 088-0569025</td></tr>
<tr><td>นส.พรพิมล อุตมะ</td><td>โทร. 093-3197529</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานทันตสาธารณสุข</td><td>โทร. 0 42413354 ต่อ139</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 37/33/13	ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก **3) อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก**
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 1 มกราคม ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดะแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาทั้งปาก โดยทันตบุคลากร
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัดจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.26 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก -> คอลัมน์ จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด
รายการข้อมูล 2	B : จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.26 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก -> คอลัมน์ จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง รวม เป็นภาพรวมจังหวัด
สูตรการคำนวณ	A / B x 100

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/ ระดับ คป.สอ./ ระดับ รพ.สต.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	10	20
2	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	12.5	25
3	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	15	30
4	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	17.5	35
5	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	20	40

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	NA	46.14	42.9

ตารางแสดงผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2563-2564

เครือข่ายบริการ	ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	
	ปี 2563	ปี 2564
เมืองหนองคาย	14.62	18.27
ท่าบ่อ	68.89	69.6
โพนพิสัย	78.61	62.09
ศรีเชียงใหม่	47.37	37.96
สังคม	28.71	38.24
สระใคร	53.46	51.49
เฝ้าไร่	21.2	12.36
รัตนวาปี	19.44	20
โพธิ์ตาก	65	56.14
รพ.พิสัยเวช	30.19	32.61
จ.หนองคาย	46.14	42.9

	เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 23 กันยายน 2564 * ปี 2563 และ 2564 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ** ปี 2564 เป็นข้อมูล 11 เดือน และมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	
เอกสารอ้างอิง	เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์	โทร. 089-7106864
	นายอานนท์ พรมแพน	โทร 088-0569025
	นส.พรพิมล อุตมะ	โทร. 093-3197529
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ139

ตัวชี้วัดที่ 37/33/13	ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก **4) อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด**
คำนิยาม	บริการทันตกรรมเฉพาะทาง หมายถึง หัตถการที่ได้รับการจัดกลุ่มเป็นงานทันตกรรมเฉพาะทาง บริการทั้งหมด หมายถึง หัตถการที่ได้รับการจัดกลุ่มเป็นงานส่งเสริมป้องกัน, ทันตกรรมพื้นฐาน และทันตกรรมเฉพาะทาง
เกณฑ์เป้าหมาย	- รพ.หนองคาย(S)มีผลงานให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากผลงานของปีที่ผ่านมา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 - รพร,ท่าบ่อ M1 มีผลงานให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากผลงานของปีที่ผ่านมา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 - โรงพยาบาล Service Plan type F1,F2 มีผลงานให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากผลงานของปีที่ผ่านมา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 - โรงพยาบาล Service Plan type F3 ให้ดำเนินการตามศักยภาพของทันตแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนรหัสหัตถการทันตกรรมของผู้ป่วยมารับบริการทันตกรรม ที่ได้รับการจัดกลุ่มเป็นงานส่งเสริมป้องกัน, ทันตกรรมพื้นฐาน และทันตกรรมเฉพาะทางทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนรหัสหัตถการกลุ่มทันตกรรมเฉพาะทางจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Planสาขาสุขภาพช่องปาก -> 15. OHSP ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด -> คอลัมภ์ A จำนวนรหัสหัตถการทันตกรรมเฉพาะทาง
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนรหัสหัตถการทันตกรรมกลุ่มส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมเฉพาะทาง จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 15. OHSP ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด -> คอลัมภ์ B จำนวนรหัสหัตถการทั้งหมด (หนึ่ง visit ทำหลายหัตถการนับตามจำนวนที่ทำ) (หากเป็นงานตรวจนับเฉพาะตรวจทั้งปาก+วางแผน)
สูตรการคำนวณ	A / B x 100 ปีที่ประเมิน เทียบกับปีที่ผ่านมา (ร้อยละที่เพิ่มขึ้น)
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1			รอบที่ 2		
		รพ.S	รพ.M	F1-2	รพ.S	รพ.M	F1-2
1	อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	6	2	1	11	6	1
2	อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	7	3	1.5	12	7	2
3	อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	8	4	2	13	8	3
4	อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	9	5	2.5	14	9	4
5	อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	10	6	3	15	10	5

ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ		
		2562	2563	2564
อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด				
โรงพยาบาลหนองคาย S	ร้อยละ	15.57	10.44	9.73
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ M1	ร้อยละ	10.87	9.92	13.14
โรงพยาบาล F1-2	ร้อยละ	11.09	7.85	7.4
รวมจังหวัดหนองคาย (ร้อยละที่เพิ่มขึ้น-ลดลง)	ร้อยละ	10.38 (5.06)	8.3 (-18.40)	9.17 (6.38)

เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 23 กันยายน 2564 * ปี 2563 และ 2564 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ** ปี 2564 เป็นข้อมูล 11 เดือน และมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)		
เอกสารอ้างอิง	เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์	โทร. 089-7106864
	นายอานนท์ พรมแพน	โทร 088-0569025
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 042-413354 ต่อ 139

ตัวชี้วัดที่ 38/34/-	**อัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 0** *** ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 90)**
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**การตายมารดา หมายถึง** การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และการคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน **ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงอาการข้างเคียงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ดังนี้** **1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH)** หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มล. หลังการผ่าตัดคลอดการคะเนปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อย 15% ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1000 มล. **2. ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)** เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตราย เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีภาวะโปรตีนหรือไข่ขาวปะปนอยู่ในปัสสาวะ ไตทำงานผิดปกติ หรือมีอาการอื่น ๆ โดยภาวะนี้มักเกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ แต่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา อาจทำให้เกิดอาการชักขณะตั้งครรภ์หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ตามมาได้ **ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) คือ การที่มีภาวะ preeclampsia ร่วมกับ อาการหรืออาการแสดงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้** - ความดันโลหิตช่วงบน(Systolic BP) มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) หรือความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic BP) มากกว่าหรือเท่ากับ 110มิลลิเมตรปรอท (mmHg) โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง - โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 5 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรือมากกว่า 3+ ในปัสสาวะ 2 ครั้งที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง - ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) หรือเขียว (cyanosis) - ปัสสาวะออกน้อยกว่า 400 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (oliguria) - ปวดหัวที่ไม่ดีขึ้น (persistent headache) - ปวดบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain) และ/หรือ ค่าการทำงานของตับผิดปกติ (impaired liver function) – เกร็ดเลือดต่ำ(thrombocytopenia) - น้ำคร่ำน้อย (Oligohydramnios), การเจริญเติบโตของทารกลดลง (decreased fetal growth)หรือภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption) **3. ครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงและมีภาวะชัก (Eclampsia)** เป็นอาการของภาวะครรภ์เป็นพิษขั้นรุนแรงที่สุด มักเกิดตามหลังครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีความดันขึ้นสูงมาก และมีการชัก เกร็ง หมดสติ ร่วมด้วย อาจมีเลือดออกในสมอง หากอยู่ในระยะนี้ต้องรักษาโดยเร็วที่สุด เพราะแม่และลูกมีอันตรายถึงแก่ชีวิต **การเยี่ยมเสริมพลัง** เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา

<table>
<tr><td></td><td>มาตรการสำคัญ (PIRAB) ที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :
P : มีการเสริมพลังภาคีเครือข่ายในงานอนามัยแม่และเด็ก และใช้กลไก MCHBOARD ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
I : ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง เช่น สปสช.งบประมาณ CUP
R : มีการกำหนดให้การตายมารดาเป็นตัวชี้วัดระดับอำเภอ
A : 1. มีการประกาศนโยบายของประเทศ/กระทรวงในการลดการตายมารดา ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ
2. มีการสื่อสารความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว
B : การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเช่นการฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพอบรมการทำคลอดท่าก้น คลอดติดไหล่การอบรมพยาบาลผดุงครรภ์การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>มารดาตาย = 0</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>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</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 :ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2: ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 0</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100,000</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>0</td><td>อัตรามารดาตาย > 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตรามารดาตาย = 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 1</td><td>
<table>
<tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาระดับโรงพยาบาล/อำเภอ/CUP</td><td>0.5</td></tr>
<tr><td></td><td>- มีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการตายมารดา</td><td>0.5</td></tr>
<tr><td>2</td><td>- มีนโยบาย/มาตรการลดการตายมารดา</td><td>0.5</td></tr>
<tr><td></td><td>- มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ</td><td>0.5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ศูนย์อนามัย/สสจ./สสอ./รพ.มีการส่งเสริมและสนับสนุน (เช่นจัดประชุม/อบรม มาตรฐาน วิชาการ เยี่ยมเสริมพลัง วิทยากร สื่อต้นแบบ เป็นต้น) ให้หน่วยบริการผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยเน้นการดำเนินการเพื่อป้องกันการตายมารดา ทั้งสาเหตุทางตรงและสาเหตุทางอ้อม</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>4</td><td>- มีฐานข้อมูลแม่และเด็กแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ
- หน่วยบริการทุกแห่งจำแนกประเภทครรภ์เสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน Low Risk,Very Low,High Risk,Very High ชัดเจน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามครบทุกราย</td><td>0.5
0.5</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td><td>1.0</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ระดับ คปสอ.
รอบที่ 2

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1	- มีการทบทวนสถานการณ์ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน รายโรงพยาบาล/อำเภอ/CUP พร้อมทั้งสรุปรายงาน แก้ไขปัญหา	0.5
	- มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์	0.5
2	- มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและระบบโปรแกรมข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	1.0
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 - หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามครบทุกราย	0.5 0.5
5	อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1.0

ระดับจังหวัด

2. ความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก

รายการข้อมูล 1

จำนวนอำเภอที่มี**คะแนนความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก**
- รอบที่ 1 ร้อยละ 80
- รอบที่ 2 ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อำเภอมีคะแนนความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอตามที่กำหนด 5 อำเภอ
2	อำเภอมีคะแนนความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอตามที่กำหนด 6 อำเภอ
3	อำเภอมีคะแนนความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอตามที่กำหนด 7 อำเภอ
4	อำเภอมีคะแนนความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอตามที่กำหนด 8 อำเภอ
5	อำเภอมีคะแนนความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอตามที่กำหนด 9 อำเภอ

ระดับ คปสอ.

2. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 90)

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอฯ	60	70
2	ร้อยละความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอฯ	65	75
3	ร้อยละความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอฯ	70	80
4	ร้อยละความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอฯ	75	85
5	ร้อยละความสำเร็จ MCH คุณภาพระดับอำเภอฯ	80	90

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
		2560	2561	2562	2563	2564
อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อการเกิดมีชีพแสนราย	0	44.60	28.74	0	0

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

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	เฝ้าไร่	270	0	0
8	รัตนวาปี	205	0	0
9	โพธิ์ตาก	57	0	0
10	พิสัยเวช	28	0	0
	รวม	2,394	0	0

เอกสารอ้างอิง	- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก - คู่มือโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก	
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 08 1964 3779
	นางสุทธดา บุตรประเสริฐ	โทร. 06 6286 7999
	น.ส.ขนิษฐา นาหนองตูม	โทร. 08 8572 1632
	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

เกณฑ์การให้คะแนน ประเมิน รพท./รพช. วัดตามแบบประเมิน MCH Board ระดับอำเภอ

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
1. MCH Board ระดับอำเภอ		**10**
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้ง MCH Board 1.2 ประชุมอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี /รายงานการประชุม - รอบที่ 1 อย่างน้อย 1 ครั้ง - รอบที่ 2 อย่างน้อย 2 ครั้ง 1.3 จัดทำแผนงาน/โครงการ และวิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของ MCH อำเภอ 1.4 มีทะเบียนฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและมีภาวะแทรกซ้อน และเด็กที่มีพัฒนาสงสัยล่าช้า/ล่าช้าได้รับการติดตามดูแล 1.5 มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับการช่วยเหลือ และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้าพบกุมารแพทย์ภายในจังหวัด	ระดับคะแนน 1 ขั้นตอนความสำเร็จ 1 ระดับคะแนน 2 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2 ระดับคะแนน 3 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3 ระดับคะแนน 4 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4 ระดับคะแนน 5 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4,5	5
1.6 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน ได้รับการติดตามเยี่ยมหรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 100 = 5 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยม≥ร้อยละ 90 = 4 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยม≥ร้อยละ 80 = 3 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยม≥ร้อยละ 70 = 2 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยม≥ร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดขึ้นเอง/โรงพยาบาลทั่วไป/MCH Board จังหวัด/เขตบริการสุขภาพที่ 8 (ประเมินตามการจัดอบรมที่เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว)		**5**
2.1 อบรมเชิงปฏิบัติการ การทำคลอดและการใช้แบบฟอร์มและกราฟดูแลคลอด สำหรับแพทย์พยาบาลและทบทวนมาตรฐานการดูแลคลอด	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้อบรม = 0 คะแนน	1
2.2 อบรมทักษะ แพทย์ พยาบาล ในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงสูง US, NST	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	1
2.3 พยาบาลห้องคลอดใหม่ทุกคนโรงพยาบาลชุมชน เข้ารับการเพิ่มพูนทักษะการคลอดในโรงพยาบาล Node ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์	พยาบาลห้องคลอดผ่านการฝึกปฏิบัติทักษะการคลอด - ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่ครบทุกคน = 0 คะแนน	1
2.4 อบรม Neonatal resuscitation/Stabilization and Transportation และอบรมฟื้นฟูความรู้ การดูแลทารก Preterm and Low birth weigh ภาวะวิกฤติ สำหรับแพทย์ พยาบาล	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	1
2.5 อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ในการประเมิน คัดกรองเด็กปฐมวัยโดยใช้คู่มือDSPM และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ - ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่ครบทุกคน = 0 คะแนน	1

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
3. การจัดบริการ ANC/LR/WCC ระดับ รพช. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (ประเมินโดยทีม MCH Board ระดับอำเภอ)		**15**
3.1 ผลการประเมิน ANC คุณภาพ (จำนวน รพ. และ รพ.สต.ให้บริการ ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพ)	ผ่าน<ร้อยละ 50 = 1 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 50-59 = 2 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 60-69 = 3 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน ผ่าน ≥ร้อยละ 80 = 5 คะแนน	5
3.2 ผลการประเมิน WCC คุณภาพ (จำนวน รพ. และ รพ.สต.ให้บริการ WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพ)	ผ่าน <ร้อยละ 50 = 1 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 50-59 = 2 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 60-69 = 3 คะแนน ผ่าน ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน ผ่าน ≥ร้อยละ 80 = 5 คะแนน	5
3.3 ผลการประเมิน LR คุณภาพ ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของของจังหวัด (เกณฑ์การให้คะแนน/แบบฟอร์มการประเมินตนเองของกรมการแพทย์/แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก) ตามเอกสารแนบท้ายตัวชี้วัด	ระดับคะแนน 1 ขั้นตอนความสำเร็จ 1 ระดับคะแนน 2 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2 ระดับคะแนน 3 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3 ระดับคะแนน 4 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4 ระดับคะแนน 5 ขั้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4,5	5
4. มีกิจกรรมทบทวนอุบัติการณ์ กรณีดังต่อไปนี้	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**5**
1. ตัดมดลูกจากการคลอด (รพ.ระดับ F1-F3 ทบทวนทุก case) และ Post partum hemorrhage with shock (รพ.ทุกระดับ ทบทวนทุก case) 2. Eclampsia ทบทวนทุก case 3. Dead ทบทวนทุก case 4. Pregnancy Induced Hypertension ในกรณี การวินิจฉัยล่าช้า/การส่งต่อล่าช้า (รพช.ทบทวนทุก case,รพท.ทบทวนร้อยละ 10) 5. GDM ที่ผลลัพธ์การคลอดเป็น Unplan Refer/ Preterm/ LBW/ C/S (รพช.ทบทวนทุก case, รพท. ทบทวน ร้อยละ 10)	- ทบทวนและส่งเอกสารการทบทวนให้จังหวัดภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดอุบัติการณ์ ≤ ร้อยละ 20 = 1 คะแนน ≤ ร้อยละ 40 = 2 คะแนน ≤ ร้อยละ 60 = 3 คะแนน ≤ ร้อยละ 80 = 4 คะแนน ≤ ร้อยละ 100 = 5 คะแนน	
5. ผลลัพธ์บริการผ่านตัวชี้วัด ดังนี้		**65**
1. อัตราส่วนมารดาเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่มีแม่ตาย = 5 มีแม่ตาย = 0	5
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5

ความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเต็ม
4. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแล 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
5. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 1 คะแนน	5
6. เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 45 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 = 1 คะแนน	5
7. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 100 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
8. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 12 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 14 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 16 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 18 = 1 คะแนน	5
9. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 17 = 1 คะแนน	5
10. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 27 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 29 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 31 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 33 = 1 คะแนน	5
11. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 = 5 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11 = 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 13 = 2 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 = 1 คะแนน	5
12. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด – 19	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 = 5 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = 3 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 = 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 = 1 คะแนน	10

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565 (จาก HDC/Cockpit/LR/NICU/ANC/WCC)

อำเภอ.....

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	Base line ปี 2564	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2565		
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1.อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน				
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ				
3.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ				
4.ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ				
5.เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ				
6.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 100	ร้อยละ				
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 15	ร้อยละ				
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ				
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ				
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2563 ร้อยละ 62 ช = 113 cm หญิง = 112 cm	ร้อยละ				
13. คลินิก ANCผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100	ร้อยละ				
15. LR คุณภาพ ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตนเองตามแบบฟอร์มกรมการแพทย์		100 คะแนน		

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงต่ำ

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

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

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงสูง

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

ผู้รับ / ประเด็น การประเมิน	วิธี /ผลการประเมิน
- หน้ากาก (mask) เบอร์ 0, 1, 2 อย่างละ 1 ชิ้น ที่สะอาด หรือปราศจากเชื้อ	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
- Self Inflating bag ขนาด 240 cc ที่สะอาดหรือปราศจากเชื้อ	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
- Laryngoscope ทั้งตัวเครื่อง และ blade ตรง เบอร์ 0 และเบอร์ 1	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
- endotracheal tube ที่ปราศจากเชื้อ เบอร์ 2.5 ถึง 4 อย่างละ 2 ชิ้น	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
- ข้อต่อสำหรับดูดขี้เทาในหลอดลมคอ (meconium aspirator)	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
- สาย suction เบอร์ 6, 8, 10, 12	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
- Stethoscope สำหรับทารก	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
- สารน้ำที่จำเป็นในการช่วยกู้ชีพ 0.9% NSS 100 mL	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
9. เครื่อง Radiant warmer	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
10. เครื่อง Electronic fetal monitoring	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
11. เครื่อง ultrasound	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
12.ห้องผ่าตัดปราศจากเชื้อที่มีเครื่องมือผ่าตัดครบถ้วนทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการตัดมดลูก	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
13.ธนาคารเลือดที่เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
14. Transfer incubator สำหรับส่งต่อทารกแรกคลอด	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ใช้งานไม่ได้ [ ] ใช้งานได้ทันที
บุคคลากร	ตรวจสอบใบรับรองการฝึกอบรม / ตารางการจัดทีม / สถานการณ์สมมุติ
1. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานฯ, กราฟดูแลการคลอด, แบบประเมิน Electronic Fetal Monitoring (EFM) และ guideline ห้องคลอดคุณภาพ	[ ] บางคน [ ] ไม่ครบทุกเรื่อง [ ] ทุกคน [ ] ครบทุกเรื่อง
2. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมการทำคลอดตามหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต หรือพยาบาลศาสตร์	[ ] บางคน [ ] ทุกคน
3. มีทีมบุคลากรที่สามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารก	[ ] ไม่มี [ ] มี [ ] ไม่มีคุณภาพ [ ] มีคุณภาพ
4. มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอด ไม่น้อยกว่า 1:3	จำนวนแพทย์+พยาบาล ต่อจำนวนผู้คลอด =
5. มีการพัฒนาบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	[ ] ไม่มี [ ] มี
6. มีสูติแพทย์	[ ] ไม่มี [ ] มี
7. มีวิสัญญีแพทย์	[ ] ไม่มี [ ] มี
8. มีกุมารแพทย์	[ ] ไม่มี [ ] มี
ระบบการให้บริการ	ตรวจสอบเวชระเบียน /
1. บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มมาตรฐาน	[ ] ไม่ครบ [ ] ครบ [ ] บางราย [ ] ทุกราย
2. Admission test โดย EFM หรือ Sound provoked fetal movement	[ ] ไม่ทำเลย [ ] บางราย [ ] ทุกราย
3. ใช้กราฟดูแลการคลอด (Partograph)	[ ] ไม่ทำเลย [ ] บางราย [ ] ทุกราย
4. แปลผล intrapartum EFM ตามแบบประเมิน EFM ที่กำหนด	[ ] ไม่ทำเลย [ ] บางราย [ ] ทุกราย
5. ให้การบริการถูกต้องตาม guideline ห้องคลอดคุณภาพ	[ ] ไม่ทำเลย [ ] บางราย [ ] ทุกราย
6. สามารถทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ฉุกเฉินได้ทุกเวลา	[ ] บางราย [ ] ทุกราย
7. มีระบบการส่งต่อมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัย	[ ] บางราย [ ] ทุกราย
8. มีการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำตัวชี้วัดใน Process และ Outcome ที่กำหนด ได้แก่	
- อัตราการเกิด birth asphyxia	ไม่มี / มี /ผลลัพธ์..... : 1 พัน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตายของมารดาที่ refer ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์ ....: 1 แสน ทารกเกิดมีชีพ
- อัตราการตกเลือดหลังคลอด	ไม่มี / มี / ผลลัพธ์ .....%
9. มีการประชุมรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงนโยบายและแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	[ ] ไม่มี [ ] มี
10. มีธนาคาร / ระบบ / เครือข่ายในการหาเลือด	[ ] ไม่มี [ ] มี
11.มีระบบรักปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชนและมีระบบที่จะให้ผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งมาได้พบสูติแพทย์ทันทีโดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน	[ ] ไม่มี [ ] มี
มีการทบทวนการดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตทุกรายเพื่อหาจุดบกพร่องและทำการปรับปรุงแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ	[ ] ไม่มี [ ] มี
12.ส่งรายงานการประชุมพร้อมเวชระเบียนของมารดาที่เสียชีวิตให้คณะกรรมการของกรมการแพทย์พิจารณาทุกรายภายใน7วันหลังการเสียชีวิตของมารดา	[ ] ไม่มี [ ] มี

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

- ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน (F3 รพ.สระใคร/F2 รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สังคม/ M2 รพ.โพนพิสัย/M1 รพร.ท่าบ่อ/S รพ.หนองคาย)

2. สถานการณ์

.....

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่ 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ			
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ			
3. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลก่อนคลอด 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ			
4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ			
5. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ			
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ร้อยละ			
7. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 10	ร้อยละ			
8. อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
9. ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ต่อพันการเกิดมีชีพ			
10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ			
11. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 5 (Neoscreen) (เด็ก≥ 48 ชม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด≥ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ			
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2562 ร้อยละ 57 ช = 113 cm หญิง = 112 cm				
13. คลินิก ANCผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ100	ร้อยละ			
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ100	ร้อยละ			
15. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตามแบบกรมการแพทย์			

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

.....

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม)

.....

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

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ประเมินนิเทศรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
วัน/เดือน/ปี.....
โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 39/35/14	**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** เด็กทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้ว 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** เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (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 ≥ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ≥ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ≥ร้อยละ 20 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ≥ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ≥ร้อยละ 70

วิธีการเก็บข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ผ่านระบบรายงาน HDC (Special PP) - อำเภอ,จังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ HDC วิเคราะห์ และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่และรอบของพื้นที่
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 ตุลาคม 2564-กรกฎาคม 2565
แหล่งข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
การบันทึกข้อมูล	1. การบันทึกการคัดกรอง DSPM/DAIM ของเด็ก ในแฟ้ม Special PP ใช้รหัสดังต่อไปนี้ที่ช่องงานให้บริการ 1.1 เด็กสงสัยล่าช้า = 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน 1.2 เด็กสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที = 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที 2. การบันทึกผลการคัดกรองซ้ำ (หลังการคัดกรอง 30 วัน) สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน และ 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ต้องดำเนินการประเมินด้วย DSPM/DAIM และบันทึกแฟ้ม SpecialPP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้ 2.1 ปกติ=1B260 2.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน 1B202 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B212 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B222 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B232 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B242 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 3. การบันทึกผลการแก้ไขพัฒนาการ ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ สำหรับเด็กที่รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที และ เด็กสงสัยล่าช้า ตามข้อ 2 ที่ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วแต่ยังพบความผิดปกติของพัฒนาการซึ่งระบุด้านที่ล่าช้าเป็นรายด้าน ตามข้อ 2.2 ซึ่งต้องดำเนินการประเมินด้วยคู่มือ TEDA4I และบันทึกแฟ้ม SpecialPP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้ 3.1 ปกติ=1B270 3.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน 1B271 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B272 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B273 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B274 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B275 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2 (รายเดือน)	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ต้องได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 3 (รายเดือน)</td><td>C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และพบสงสัยล่าช้าทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 4 (รายเดือน)</td><td>D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน แล้วมีพัฒนาการสมวัย</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 5 (รายไตรมาส)</td><td>E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีที่ได้รับการส่งต่อเพื่อแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 6 (รายไตรมาส)</td><td>F = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าที่รับการกระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันทีที่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ครบ 3 เดือน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 7</td><td>G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย (A-C+D)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td></td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัด 1</td><td>เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
= (G/A) x 100</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัด 1.1</td><td>เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90
= (A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัด 1.2</td><td>เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20
= (C/A) x 100</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัด 1.3</td><td>เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90
= (D/C) x 100</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัด 1.4</td><td>เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 70
= (F/E) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>ตัวชี้วัดที่ 1 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ 75</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ 85</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ 90</td></tr>
</table>
ตัวชี้วัดที่ 1.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ≥ ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ≥ ร้อยละ 75</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ≥ ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ≥ ร้อยละ 85</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ≥ ร้อยละ 90</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 1.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ≥ ร้อยละ 12
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ≥ ร้อยละ 14
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ≥ ร้อยละ 16
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ≥ ร้อยละ 18
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า ≥ ร้อยละ 20

ตัวชี้วัดที่ 1.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ≥ ร้อยละ 50
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ≥ ร้อยละ 60
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ≥ ร้อยละ 70
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ≥ ร้อยละ 80
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ≥ ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดที่ 1.4 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 70

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 50
2	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 55
3	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 60
4	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 65
5	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 70

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
1. ร้อยละ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	94.30	97.11	97.04	95.69
2. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองด้วยพัฒนาการด้วย DSPM	ร้อยละ	70.19	87.11	91.76	90.61
3. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	23.14	22.62	27.36	27.50
4. เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน	ร้อยละ	76.20	89.28	90.27	92.53
5. เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้า กระตุ้นภาย 1 เดือน ไม่ผ่านด้วย DSPM ส่งต่อกระตุ้นด้วย TEDA4I	ร้อยละ	20	48.89	81.36	81.48

ผลการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2564

อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	ติดตามได้	ร้อยละ	สมวัย	ร้อยละ
เมือง	4,189	3,862	92.19	1,076	27.86	994	93.69	3,776	96.50
ท่าบ่อ	2,400	2,166	90.25	603	27.84	493	84.27	2,045	92.16
โพนพิสัย	3,514	3,290	93.63	1,001	30.43	982	98.50	3,271	97.90
ศรีเชียงใหม่	821	711	86.60	195	27.43	178	91.75	691	92.13
สังคม	992	928	93.55	226	24.35	195	86.28	897	95.12
สระใคร	985	795	80.71	183	23.02	152	83.98	764	91.83
เฝ้าไร่	1,958	1,712	87.44	417	24.36	396	95.19	1,691	97.46
รัตนวาปี	1,353	1,217	89.95	323	26.54	303	93.81	1,197	96.92
โพธิ์ตาก	550	507	92.18	153	30.18	133	87.50	487	93.83
รวม	16,762	15,188	90.61	4,177	27.50	3,826	92.53	14,819	95.69

เด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I

อำเภอ	เป้าหมาย	TEDA4I	ร้อยละ
เมือง	15	10	66.67
ท่าบ่อ	28	25	89.29
โพนพิสัย	4	4	100
ศรีเชียงใหม่	3	2	66.67
สังคม	-	-	-
สระใคร	2	2	100
เฝ้าไร่	1	0	0
รัตนวาปี	-	-	-
โพธิ์ตาก	1	1	100
รวม	54	44	81.48

HDC:31/8/2564

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.ขนิษฐา นาหนองตูม	โทร. 08 8572 1632
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัด 40/36/15</td><td>ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟ การเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ
สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
แนวทางการดำเนินงาน
ปี 2565:
<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>- ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน ภายใต้กิจกรรมสำคัญ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน อำเภอละ 1 ตำบล
- พัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ตำบลละ 1 แห่ง
- ส่งเสริมโภชนาการและอาหารตามวัย กิจกรรมทางกาย การนอน และสุขภาพช่องปาก
- เด็ก 0-5 ปี ได้รับ ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็ก ร้อยละ 90
- เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 64
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี
* เด็กชาย 113 ซ.ม.
* เด็กหญิง 112 ซ.ม.</td>
<td>- ร้อยละ 100 ของอำเภอที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน
- อำเภอมีการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน อำเภอละ 1 ตำบล
- อำเภอมี สพด.พื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ตำบลละ 1 แห่ง
- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ร้อยละ 90
- เด็กที่ภาวะเตี้ย อ้วน ผอม เกินเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการแก้ไขทุกราย
- เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 64
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี
* เด็กชาย 113 ซ.ม.
* เด็กหญิง 112 ซ.ม.</td>
<td>- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ร้อยละ 90
- เด็กที่ภาวะเตี้ย อ้วน ผอม เกินเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการแก้ไขทุกราย
- เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 64
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี
* เด็กชาย 113 ซ.ม.
* เด็กหญิง 112 ซ.ม.</td>
<td>- เด็ก 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ร้อยละ 90
- เด็กที่ภาวะเตี้ย อ้วน ผอม เกินเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการแก้ไขทุกราย
- เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 64
- ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี
* เด็กชาย 113 ซ.ม.
* เด็กหญิง 112 ซ.ม.</td>
</tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><th>ตัวชี้วัด</th><th>ปีงบประมาณ 2561</th><th>ปีงบประมาณ 2562</th><th>ปีงบประมาณ 2563</th><th>ปีงบประมาณ 2564</th><th>ปีงบประมาณ 2565</th></tr>
<tr><td>1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน</td><td>54</td><td>57</td><td>62</td><td>62</td><td>64</td></tr>
<tr><td>2. ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี
- เด็กชาย (เซนติเมตร)
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)</td><td></td><td>
113
112</td><td>
113
112</td><td>
113
112</td><td>
113
112</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>เด็กอายุ 0-5 ปี</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>- รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
- การสำรวจทุกๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>- เด็กอายุ 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน</td></tr>
<tr><td></td><td>A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง</td></tr>
<tr><td></td><td>A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด</td></tr>
<tr><td></td><td>B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด</td></tr>
<tr><td></td><td>B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน = (A1 × 100) / B1
ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = (A2 / B2)
ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = (A3 / B3)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.
ระดับ รพ.สต.</td><td>ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 56</td></tr>
<tr><td>2</td><td>เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 58</td></tr>
<tr><td>3</td><td>เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>4</td><td>เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 62</td></tr>
<tr><td>5</td><td>เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 64</td></tr>
</table>
ตัวชี้วัดที่ 2 ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี
2.1 ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 109 เซนติเมตร</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 110 เซนติเมตร</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 111 เซนติเมตร</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 112 เซนติเมตร</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 113 เซนติเมตร</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

2.2 ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 108 เซนติเมตร
2	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 109 เซนติเมตร
3	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 110 เซนติเมตร
4	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 111 เซนติเมตร
5	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 112 เซนติเมตร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2562	2563	2564
1. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	64*	ร้อยละ	61.66	73.80	74.09
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 113**	เซนติเมตร	109.57	110.70	110.26
	หญิง =112**	เซนติเมตร	108.55	109.98	109.97

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

อำเภอ	จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด (คน)	เด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก&วัดส่วนสูง		ร้อยละ สูงดีสมส่วน	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 5 ปี (เซนติเมตร)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ		ชาย	หญิง
เมืองหนองคาย	5,348	4,298	80.37	70.47	110.52	110.12
ท่าบ่อ	3,108	2,755	88.64	67.37	109.19	109.09
โพนพิสัย	4,494	3,962	88.16	80.92	110.54	110.32
ศรีเชียงใหม่	1,072	733	68.38	72.99	109.85	109.91
สังคม	1,269	1,078	84.95	74.03	110.33	111.79
สระใคร	1,265	1,077	85.14	61.10	109.42	107.63
เฝ้าไร่	2,519	1,938	76.94	81.63	110.17	109.56
รัตนวาปี	1,762	1,339	75.99	80.06	111.73	111.25
โพธิ์ตาก	696	497	71.41	72.64	110.89	109.69
รวม	21,533	17,677	82.09	**74.09**	**110.26**	**109.97**

HDC : 31/8/64

เอกสารอ้างอิง

- ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม HDC/Cockpit
- มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
- สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข การสร้างองค์กรส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน การสร้างครอบครัวนักโภชนาการ การสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน

ผู้รับผิดชอบ

พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร 08 1977 8442
น.ส.ขนิษฐา นาหนองตูม	โทร. 08 8572 1632
งานด้านเด็กปฐมวัย กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 41/37/-	ระดับความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การดำเนินการในการวางแผนเพื่อส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายใต้แผนสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) โดยสอดรับกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยมุ่งให้บริการในความเป็นมิตรและสอดคล้องกับความต้องการและสิทธิของวัยรุ่นตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ว่าด้วย สิทธิการตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 1. การบริหารจัดการ มี 5 ขั้นตอน โดยบันทึกข้อมูลในระบบ YFHS Application เป็นปัจจุบัน ดังนี้ 1.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ 1.2 มีการจัดประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ จำนวน 1 ครั้ง/ปี 1.3 มีข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นในเขตรับผิดชอบ เช่น เพศ, อายุ, การศึกษา, สถานศึกษา, สถานะสุขภาพ (ภาวะโภชนาการ,พฤติกรรมเสี่ยง สารเสพติด บุหรี่ สุรา สถานบันเทิง) 1.4 มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่(บูรณาการ) 1.5 มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่น อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี 2. การจัดบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น ได้แก่ 2.1 โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในระบบ YFHS Application เป็นปัจจุบัน และผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) 2.2 โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี 3. ความสำเร็จของการดำเนินการงานตามตัวชี้วัด ในระบบ HDC ดังนี้ 3.1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.9 ต่อพันคน 3.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อพันคน 3.3 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13.0 3.4 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่(ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย หมันชายและหมันหญิง) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3.5 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร(ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รวม รพ.พิสัยเวช) 2. หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มีการคลอดหรือแท้งในระหว่างปีที่มีการเก็บข้อมูล
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จำนวน 5 แห่ง ระดับคปสอ. : ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

<table>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. การประเมินโดยทีมระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง
2. การประเมินตนเองตามแนวทางมาตรฐาน YFHS กรมอนามัย ในระบบ YFHS Application
3. ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>จำนวน คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวน คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 80 ขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวน คปสอ. ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80 จำนวน 1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>2</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80 จำนวน 2 แห่ง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80 จำนวน 3 แห่ง</td></tr>
<tr><td>4</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80 จำนวน 4 แห่ง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 80 จำนวน 5 แห่ง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : ผลรวมคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : คะแนนเต็มของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.</td><td>กำหนดระดับความสำเร็จ แบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ต่ำกว่าร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 70</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 80 ขึ้นไป</td></tr>
</table>
รายละเอียดการให้คะแนน ตามแบบการให้คะแนนความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ที่แนบท้ายตัวชี้วัด</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของโรงพยาบาลในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท.,รพช.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) *รพ.ที่ผ่านมาตรฐาน YFHS เกิน 3 ปี ได้แก่ รพ.สังคม, ศรีเชียงใหม่, ท่าบ่อ,หนองคาย,สระใคร และโพนพิสัย	ร้อยละ	100* (9/9แห่ง)	100* (9/9แห่ง)	90* (9/10แห่ง)
โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอด/แท้ง *รพ.ที่ยังไม่มีบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ได้แก่ รพ.สระใคร	ร้อยละ	40 (4/10แห่ง)	40 (4/10แห่ง)	90* (9/10แห่ง)
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี (Adjust)	อัตราต่อพันคน	3.85	1.31	1.04
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (Adjust)	อัตราต่อพันคน	37.45	42.40	19.44
ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ	9.63	14.49	8.58
ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	24.17	16.50	22.85
ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	86.62	70.73	76.47

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน
1	หนองคาย	100	75
2	ท่าบ่อ	100	70
3	โพนพิสัย	100	84
4	ศรีเชียงใหม่	100	48
5	สังคม	100	57
6	สระใคร	100	64
7	เฝ้าไร่	100	85
8	รัตนวาปี	100	85
9	โพธิ์ตาก	100	69
10	พิสัยเวช	100	60
	จังหวัด	100	69.7

เอกสารอ้างอิง

1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน
3. ฐานข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบและข้อมูลการให้บริการวัยรุ่น
4. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
5. การประเมินตนเองเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในระบบ YFHS Application / ใบรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ YFHS Application
6. ข้อมูลตัวชี้วัดในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
7. สรุปผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
8. ภาพกิจกรรม

ผู้รับผิดชอบ

1.พันจ่าโทประดิษฐ์ สารรัตน์ 2.นายสิริชัย ขำสมบัติ	โทร. 08 1977 8442 โทร. 06 5974 9951
งานอนามัยวัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 123

แบบการให้คะแนนความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ
สำหรับ อำเภอ/คปสอ.

ลำดับ	รายละเอียด	คะแนนเต็ม (คะแนน)	เกณฑ์การให้คำแนน				
			1	2	3	4	5
1	**การบริหารจัดการ** โดยบันทึกข้อมูลในระบบ YFHS Application เป็นปัจจุบัน มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ 1.2 มีการจัดประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ จำนวน 1 ครั้ง/ปี 1.3 มีข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นในเขตรับผิดชอบ เช่น เพศ, อายุ, การศึกษา, สถานศึกษา, สถานะสุขภาพ 1.4 มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่(บูรณาการ) 1.5 มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	5	มี 1 ข้อ	มี 2 ข้อ	มี 3 ข้อ	มี 4 ข้อ	มี 5 ข้อ
2	**การจัดบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น**						
2.1	โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในระบบ YFHS Application เป็นปัจจุบัน และผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS)	10					ผ่าน
2.2	โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	10					มี
3	**ความสำเร็จของการดำเนินการงานตามตัวชี้วัด ในระบบ HDC**						
3.1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.9 ต่อพันคน	15	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9
3.2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อพันคน	15	33	31	29	27	25
3.3	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13.0	15	15	14.5	14	13.5	13.0
3.4	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	15	40	50	60	70	80
3.5	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	15	40	50	60	70	80
	รวม	100					

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 42/38/16</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต.) และ รพ.เอกชน ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้
<table>
<tr><td colspan="2">ระดับพื้นฐาน</td><td colspan="2">ประเมินระดับ</td></tr>
<tr><td colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</td><td>รพ.</td><td>รพ.สต.</td></tr>
<tr><td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทาแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนสื่อสาร ให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 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>G: GARBAGE (การจัดการขยะทุกประเภท)</td><td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 (การลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อที่ http://apps.hpc.go.th/waste/ ให้ครบถ้วนภายใน 30 วัน)</td><td>✓</td><td>✓</td></tr>
<tr><td></td><td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ 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>E:ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)</td><td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr>
<tr><td></td><td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td><td>✓</td><td>✓</td></tr>
<tr><td>NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (5 หมวด)</td><td>✓</td><td>×</td></tr>
<tr><td></td><td>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 (5 หมวด)</td><td>✓</td><td>x</td></tr>
<tr><td></td><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>X</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>X</td></tr>
<tr><td colspan="2">14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</td><td>✓</td><td>X</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>X</td></tr>
<tr><td colspan="2">16. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป</td><td>✓</td><td>X</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพ.พิสัยเวช,</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td colspan="2">ระดับ จังหวัด : 1. ร้อยละ 100 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป
2. ร้อยละ 60 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
3. จังหวัดมีนวัตกรรมอย่างน้อย 2 เรื่องและขับเคลื่อนกิจกรรม GREEN สู่ชุมชน
ระดับ คปสอ. : 1. รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป
2. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50
ระดับ รพ.สต. : รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ด้านสิ่งแวดล้อม</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td colspan="2">1.ทีมประเมินระดับจังหวัด รับรองผลในระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก
2.ทีมที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 รับรองผลในระดับดีมาก Plus</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td colspan="2">รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>1.ร้อยละ 100 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป</td><td>2.ร้อยละ 60 ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวน รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป</td><td>A : จำนวน รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</td><td>B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A x 100/B)</td><td>(A x 100/B)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด</td><td colspan="2">
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>1.ระดับดีมากขึ้นไป</th><th>2.ระดับดีมาก Plus</th></tr>
<tr><td>1</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละ 60</td><td>ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>2</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 45</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>4</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 55</td></tr>
<tr><td>5</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 60</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>เป้าหมายที่ 1</td><td colspan="2">รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน</td></tr>
<tr><td>2</td><td>รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดี</td></tr>
<tr><td>3</td><td>รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</td></tr>
<tr><td>4</td><td>รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก + ระดับดีมาก Plus 1 ข้อ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Pus</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เป้าหมายที่ 2</td><td colspan="2">ร้อยละ 50 ของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td colspan="2">A : จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td colspan="2">B : จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td colspan="2">(A x 100/B)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td colspan="2">
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr>
<tr><td>1</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม</td><td>ร้อยละ 10</td><td>ร้อยละ 30</td></tr>
<tr><td>2</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม</td><td>ร้อยละ 15</td><td>ร้อยละ 35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม</td><td>ร้อยละ 20</td><td>ร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>4</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม</td><td>ร้อยละ 25</td><td>ร้อยละ 45</td></tr>
<tr><td>5</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม</td><td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 50</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ระดับ รพ.สต. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต.ติดดาว 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			
		2561	2562	2563	2564
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ร้อยละ				
1.ระดับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป		20	40	40	70
2.ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		70.27	100	27.06	100

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560-2564

ลำดับที่	คปสอ.	รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับ		รพ.สต.ผ่านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม		
		ดีมาก	ดีมาก plus	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	-	1	20	20	100
2	ท่าบ่อ	-	1	11	11	100
3	โพนพิสัย	-	1	16	16	100
4	ศรีเชียงใหม่	1	-	7	7	100
5	สังคม	-	1	6	6	100
6	สระใคร	1	-	4	4	100
7	เฝ้าไร่	0	0	8	8	100
8	รัตนวาปี	1	-	7	7	100
9	โพธิ์ตาก	0	0	6	6	100
10	พิสัยเวช	0	0	-	-	100
	รวม	3	4	85	85	100

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน และแบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital
2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล
3. คู่มือแนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นสารเคมี
4. คู่มือการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาล
5. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital

ผู้รับผิดชอบ

นายพรเทพ ทิพยสุทธิ์	โทร. 081-3692360
นายบุญเลิศ มาตรนาคุณ	โทร. 091-8617640
กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	โทร. 042-421438, 042-422923, 042-413354 ต่อ 103

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 43/39/17</td><td>ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>
1. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย รวมทั้งหมด 85 แห่ง
2. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติภัยฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสีได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชน มีสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/ สิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
3. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ดังนี้
<table>
<tr><td colspan="4">มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</td></tr>
<tr><td rowspan="2">องค์ประกอบ</td><td>รพศ./รพท.</td><td>รพช.</td><td>รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>ข้อ</td><td>ข้อ</td><td>ข้อ</td></tr>
<tr><td><u>องค์ประกอบที่ 1</u> การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</td><td>9</td><td>8</td><td>5</td></tr>
<tr><td><u>องค์ประกอบที่ 2</u> การบริหารจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td></tr>
<tr><td><u>องค์ประกอบที่ 3</u> การบริหารจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก</td><td>9</td><td>9</td><td>6</td></tr>
<tr><td><u>องค์ประกอบที่ 4</u> การบริหารจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ</td><td>12</td><td>10</td><td>5</td></tr>
<tr><td><u>องค์ประกอบที่ 5</u> 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><td colspan="6">มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป</td></tr>
<tr><td>ระดับ</td><td>องค์ประกอบที่ 1</td><td>องค์ประกอบที่ 2</td><td>องค์ประกอบที่ 3</td><td>องค์ประกอบที่ 4</td><td>องค์ประกอบที่ 5</td></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>
</td></tr>
</table>

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	50%	50%	50%	-	-
ดีมาก	50%	50%	50%	50%	-
ดีเด่น	50%	50%	50%	50%	50%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย รวมทั้งหมด 85 แห่ง
เป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40
วิธีการประเมิน	1.ทีมประเมินระดับจังหวัด รับรองมาตรฐานในระดับเริ่มต้นพัฒนา - ระดับดีมาก 2.ทีมกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม/สคร.8 อุดรธานี รับรองมาตรฐานระดับดีเด่น
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.และศบส.) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.และศบส.)ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	**A/B x 100**

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด/
- ระดับคปสอ.

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 20
2	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 25
3	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 30
4	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 35
5	หน่วยบริการสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 40

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 (รวมศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	100 (85 แห่ง)	97.65 (83 แห่ง)	97.65 (83 แห่ง)
ระดับดีขึ้นไป				

ผลการตรวจประเมินหน่วยบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (แห่ง)	ระดับมาตรฐานที่ได้รับการรับรอง (แห่ง)					ร้อยละ
			เริ่มต้นพัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ไม่ผ่าน	
1	เมือง	20	13	2	2	1	2	90
2	ท่าบ่อ	11	7	4	0	0	0	100
3	โพนพิสัย	16	10	5	1	0	0	100
4	ศรีเชียงใหม่	7	3	2	2	0	0	100
5	สังคม	6	3	2	1	0	0	100
6	สระใคร	4	2	1	1	0	0	100
7	เฝ้าไร่	8	5	2	1	0	0	100
8	รัตนวาปี	7	4	2	0	1	0	100
9	โพธิ์ตาก	6	5	1	0	0	0	100
รวม		**85**	**52**	21	**8**	**2**	**2**	**97.65**

	<table><tr><th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">โรงพยาบาล</th><th colspan="4">ผลการรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย</th></tr><tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>ดีเด่น</td><td>ดีเด่น</td><td>ดีเด่น</td><td>ดีเด่น</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>พื้นฐาน</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>พื้นฐาน</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>ดี</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>พื้นฐาน</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>ดีมาก</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>พื้นฐาน</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>ดีมาก</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td></tr><tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>พื้นฐาน</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>ดีมาก</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>พื้นฐาน</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>พื้นฐาน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>เริ่มต้นพัฒนา</td></tr></table>
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของรพท./รพช./รพ.สต.และ ศบส. 2. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (Update 20 พ.ย.60) จำนวน 48 ข้อ 3. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 42 ข้อ 4. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 25 ข้อ
ผู้รับผิดชอบ	1. นายไชยวุฒิ ชัยชมภู 2. นายพรเทพ ทิพยสุทธิ์	โทร. 08-7425-6625 โทร. 08-6630-9111
	กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	โทร. 042-421438,042-422923ต่อ103

ตัวชี้วัดที่ 44/40/-	ร้อยละของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม** หมายถึง อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับสัมผัสปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ทั้ง Traditional Hazard และ Modern Hazard ได้แก่ 1) อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และ 2) อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ (เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ (เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคพยาธิใบไม้ตับ) เป็นต้น **การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม** หมายถึง คปสอ.มีการดำเนินการค้นหาและประเมินความเสี่ยง และกำหนดมาตรการการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดดังนี้ **1. มีข้อมูลสถานการณ์ เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ** เช่น มีข้อมูล (เช่น สิ่งแวดล้อมสุขภาพ และกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น) การเฝ้าระวังปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสื่อสารเตือนภัย และเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ เป็นต้น **2. เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน และสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที** เช่น เฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 โรค ได้แก่ 1) โรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และ 2) โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ (เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ (เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคพยาธิใบไม้ตับ) เป็นต้น การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังในพื้นที่ **และการติดตามเฝ้าระวังการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน สำหรับสถานประกอบการ กิจการ กิจกรรม โดยใช้เครื่องมือและ Platform** (Thai Stop COVID Plus) เป็นต้น **3. สร้างความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพแก่ประชาชน และสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ** คือ มีการจัดทำกระบวนการสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน หรือการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่สะท้อนต่อการสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน เช่น การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ และการเฝ้าระวัง และสื่อสาร ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นต้น **4. การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง** เช่น การจัดระบบบริการสุขภาพคลินิกมลพิษ มีระบบการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ กิจการ กิจกรรม ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด และ อสม./ทีมหมอครอบครัวลงพื้นที่ดูแลสุขภาพประชาชน เป็นต้น **5. มาตรการทางกฎหมาย** ได้แก่ สนับสนุนการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ กิจการ กิจกรรม ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด เป็นต้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
เป้าหมาย	**รอบที่ 1** ระดับ จังหวัด : คปสอ.มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 9 แห่ง ระดับ คปสอ. : คปสอ.มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 5 ขั้นตอน

<table>
<tr><td></td><td>รอบที่ 2 อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ประเมินจากผลการดำเนินงาน และผลงานเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2564 กับปีประมาณ2565 จากข้อมูล HDC รง.506 และฐานข้อมูลจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ 2565 อย่างน้อย 2 โรค ได้แก่
1) โรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และ
2) โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอากาศ: จังหวัดที่มีจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินด้วยโรคหอบหืด (ICD-10 : J450-J454, J442) และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD (ICD-10: J441, J448, J449) ในช่วงการเฝ้าระวังสถานการณ์มลพิษทางอากาศของแต่ละพื้นที่ (เช่น ภาคเหนือ /ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ มกราคม – เมษายน) ลดลงจากปีที่ผ่านมา หรือ
- โรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ : จังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นต้น</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ 2564</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>[(B-A)/B] x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
รอบที่ 1
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.</td><td>รอบที่ 1 ระดับคปสอ. มีจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีข้อมูลสถานการณ์ เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน และสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพแก่ประชาชน และสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มีการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มีมาตรการทางกฎหมาย เพื่อลดปัญหาด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม</td></tr>
</table>
รอบที่ 1 ระดับจังหวัด มีจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>คปสอ.มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>2</td><td>คปสอ.มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 3 แห่ง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>คปสอ.มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 5 แห่ง</td></tr>
<tr><td>4</td><td>คปสอ.มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 7 แห่ง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>คปสอ.มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม 9 แห่ง</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

รอบที่ 2
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.

อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 5

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 1
2	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 2
3	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 3
4	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 4
5	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
1. อัตราป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ติดเชื้อภายในจังหวัด)	ต่อประชากรแสนคน	249.89
2. โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอากาศ - โรคหอบหืด - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	จำนวนครั้งการเข้ารับบริการ	 0 4
3. อัตราป่วยโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ - โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน - โรคพยาธิใบไม้ในตับ	ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ	 676.80 3.4

ข้อมูล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2564

ผลการดำเนินงานโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	COVID-19 (ต่อปชก.แสนคน)	โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอากาศ (ครั้ง)		โรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ	
			หอบหืด	COPD	อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ต่อปชก.แสนคน)	พยาธิใบไม้ในตับ (ร้อยละ)
1	เมือง	202.08	0	0	973.82	3.1
2	ท่าบ่อ	103.20	0	1	841.35	2.5
3	โพนพิสัย	604.38	0	2	413.10	5.4
4	ศรีเชียงใหม่	46.55	0	0	555.33	2.8
5	สังคม	15.66	0	0	731.96	2.6
6	สระใคร	64.05	0	0	697.03	1.2
7	เฝ้าไร่	221.95	0	1	542.11	3.8
8	รัตนวาปี	276.39	0	0	202.68	4.0
9	โพธิ์ตาก	372.94	0	0	300.97	2.4

ข้อมูล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2564

เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) 2. รายงาน 506 3. ฐานข้อมูลจังหวัด 4. ฐานข้อมูลประชากร	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวสุภาวดี ทารส	โทร. 095-6717528
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	โทร. 043-413354 ต่อ 103

ตัวชี้วัดที่ 45/-/-	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาตอย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์
หน่วยวัด	ขั้นตอน
น้ำหนัก	**ร้อยละ**
คำอธิบาย	**ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง **1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid – 19** ได้แก่ 1.1 **เครื่องมือแพทย์** : 1) หน้ากากอนามัย (Surgical gown) 2) หน้ากาก N95 (N95 respirator) 3) เสื้อกาวน์ทางการแพทย์ (Isolation gown/surgical gown) 4) ชุดคลุมปฏิบัติการทางการแพทย์ (Coverall) 5) หมวกคลุมผม (Hair cover) 6) หมวกคลุมศีรษะ (Hood cover) 7) แว่นตา (Goggles) 8) ที่บังหน้า (Face shield) 9) ที่คลุมขา (Leg cover) 10) อุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (PAPR) 11) เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse oximeter) 12) เครื่องฆ่าเชื้อเครื่องมือแพทย์ด้วย UVC (UVC sterilizer) 13) อุปกรณ์วัดไข้ (Thermometer) 14) ไม้พันสาลี (Nasopharyngeal swab/nasal swab) 15) ที่เก็บตัวอย่าง เชื้อโควิด-19 (COVID-19 related specimen) 16)อุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบ (Negative pressure isolation chamber) 17) เครื่องให้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง (High flow nasal cannula oxygen: HFNC) 18) กระบอกฉีดยา (Syringe) 19) กระบอกฉีดยาพร้อมเข็ม (Syringe with needle) และ 20) เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) หรือ เครื่องมือแพทย์อื่นที่เกี่ยวข้องกับ โรคโควิด-19 **(สามารถเลือกรายการอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้)** 1.2 **เครื่องสำอาง** : แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสาหรับมือ 1.3 **วัตถุอันตราย** : ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด 1.4 **ผลิตภัณฑ์สมุนไพร** : ฟ้าทะลายโจร **2. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง** ได้แก่ อาหาร วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร **ผู้ประกอบการ** หมายถึง ผู้ที่มีศักยภาพ ความพร้อม และประสงค์ที่จะประกอบการผลิต (ตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ต้องการเพิ่มรายการผลิตภัณฑ์ฯ ได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และ วัตถุเสพติด ทั้งนี้ ให้รวมถึงผู้ที่มีคุณสมบัติตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นๆ **ส่งเสริมให้สามารถได้รับการอนุญาต** หมายถึง ได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ แก่ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาตจาก อย.หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) **อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์** หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับ การส่งเสริม/พัฒนา จนสามารถได้รับอนุญาตเป็นผลสำเร็จ โดยมีเป้าหมายอย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย(ผลิตภัณฑ์ covid-19 และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง) ในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการได้รับอนุญาตอย่างน้อย 1 รายการ
วิธีการประเมิน	ประเมิน 5 ขั้นตอน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด	**จังหวัดหนองคายมีการสนับสนุนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการอนุญาต**
รายการข้อมูล 1	**รอบที่ 1 ดำเนินการ 3 ขั้นตอน** **รอบที่ 2 ดำเนินการ 5 ขั้นตอน**

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	
		รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	มีฐานข้อมูลสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับใบอนุญาต	1	1
2	จัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย	3	2
3	มีกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย	5	3
4	มีการอำนวยความสะดวกผู้ประกอบการในการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย	-	4
5	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 1 รายการได้รับการอนุญาต	-	5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
1. จำนวนผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับโรค COVID-19 ที่ได้รับอนุญาตจาก สสจ.หนองคาย				
1.1 เครื่องมือแพทย์ : หน้ากากอนามัย	รายการ	-	-	-
1.2 เครื่องสำอาง : แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสาหรับมือ	รายการ	-	5	5
1.3 วัตถุอันตราย : ผลิตภัณฑ์ ทาความสะอาด	รายการ	-	-	-
1.4 สมุนไพร : ฟ้าทะลายโจร	รายการ	-	1	1
2. ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง ที่ได้รับอนุญาตจาก สสจ.หนองคาย				
2.1 อาหาร	รายการ	-	-	-
2.2 เครื่องสำอาง	รายการ	-	-	-
2.3 วัตถุเสพติด	รายการ	-	-	-
2.4 สมุนไพร	รายการ	-	-	-

เอกสารอ้างอิง

1. ผลการดำเนินงานการให้บริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของศูนย์ ossc
2. บันทึกข้อความการอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับผิดชอบ

นางปิยะมาศ ปรีชาฎก	โทร. 08 3290 6287
นางวิภาพร องคนุสสรณ์	โทร. 09 5656 4848
นางสาวพิมพ์รดา ช่างสุวรรณ	โทร. 08 6851 4951
นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์	โทร. 09 1059 8264
นายสายันต์ โชติยาธิวัฒน์	โทร. 09 5196 2419
นายสราวุธ สินธู	โทร. 08 8570 9258
งานอาหาร และผลิตภัณฑ์ทั่วไป, งานยา และผลิตภัณฑ์เพื่อการบำบัดรักษา, ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.นค	โทร. 0 4242 923 ต่อ 129

ตัวชี้วัดที่ 46/41/-	**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 **3. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง อาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ **4. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยาชนิดรับประทาน ที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ หรือยาแผนปัจจุบัน **5. เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง เครื่องสำอางที่จดแจ้งในประเภทแอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ **6. ผลิตภัณฑ์สุขภาพนำเข้า** หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่มีการนำเข้า ณ ด่านอาหารและยาหนองคาย **การตรวจสอบ หมายถึง** การตรวจประเมินสถานที่ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือการสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้น ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกเฉิน **เกณฑ์ที่กำหนด** หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายเฉพาะของผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทนั้นๆ **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/ซุปเปอร์มาเก็ต/โรงครัวโรงพยาบาล) 2. อาหารแปรรูป ได้แก่ สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท , สถานที่ผลิตน้ำแข็ง สถานที่ผลิตนมโรงเรียน, สถานที่ผลิตเกลือบริโภค,สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน,สถานที่คัดและบรรจุผักและผลไม้ 3. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง 4. สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง 5. เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง 6. ผลิตภัณฑ์สุขภาพนำเข้า ณ ด่านอาหารและยาหนองคาย ระดับ คปสอ. ประกอบด้วย 1. ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาด/แผงลอย/ร้านค้า/ซุปเปอร์มาเก็ต/โรงพยาบาล) 2. อาหารแปรรูป ได้แก่ สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท,สถานที่ผลิตน้ำแข็ง
เป้าหมาย	**ระดับ จังหวัด** : ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด **ระดับ คปสอ.** : ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
วิธีการประเมิน	รายงาน

<table>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนของสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ผลการตรวจสอบผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนของสถานที่ผลิตที่ได้รับการตรวจประเมินและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
= (A/B)x100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">ตัวชี้วัด</td><td colspan="5">ระดับคะแนน</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
= (A/B)x100</td><td>89</td><td>91</td><td>93</td><td>95</td><td>97</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>C : จำนวนของสถานที่ผลิต (สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท/น้ำแข็ง) และผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายระดับ คปสอ. (ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย) ที่ผลการตรวจสอบผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>D : จำนวนของสถานที่ผลิตที่ได้รับการตรวจประเมิน (สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท/น้ำแข็ง) และผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายระดับ คปสอ. (ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย) ที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
= (C/D)x100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.</td><td><u>รอบที่ 1</u>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>รายละเอียด</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 89
สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 91
สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93
สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95
สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97
สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
<u>หมายเหตุ</u> ผลการดำเนินงานต้อง <u>“ผ่านทั้งสองส่วน”</u> จึงจะได้คะแนนในระดับนั้น</td></tr>
<tr><td></td><td><u>รอบที่ 2</u>
<table>
<tr><td rowspan="2">ตัวชี้วัด</td><td colspan="5">ระดับคะแนน</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = (C/D)x100</td><td>89</td><td>91</td><td>93</td><td>95</td><td>97</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ผลการดำเนินงานอาหารสดอาหารแปรรูป ปีงบประมาณ 2562-2564

1. ผลการดำเนินงานแยกรายผลิตภัณฑ์

อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562-2564								
		อาหารสด			อาหารแปรรูป					
		ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย			น้ำบริโภคฯ			**น้ำแข็ง**		
		2562	2563	2564	2562	2563	2564	2562	2563	2564
เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.64 (364/369)	98.56 (343/348)	98.38 (182/185)	100 (32/32)	100 (33/33)	100 (32/32)	100 (11/11)	100 (11/11)	100 (11/11)
ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.57 (234/235)	99.12 (226/228)	99.21 (126/127)	100 (22/22)	100 (22/22)	95.65 (22/23)	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)
โพนพิสัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (106/106)	99.08 (108/109)	100 (55/55)	100 (22/22)	100 (24/24)	96 (24/25)	100 (4/4)	100 (4/4)	100 (4/4)
ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.15 (116/117)	99.24 (131/132)	98.46 (64/65)	100 (7/7)	100 (7/7)	100 (7/7)	-	100 (1/1)	100 (1/1)
สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.91 (91/92)	100 (118/118)	100 (68/68)	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (7/7)	100 (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)
สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.12 (135/139)	97.86 (137/140)	100 (54/54)	100 (3/3)	100 (3/3)	100 (7/7)	-	-	-
เฝ้าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.33 (73/75)	99.00 (99/100)	97.62 (41/42)	100 (12/12)	100 (13/13)	92.31 (12/13)	100 (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)
รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (29/29)	100 (52/52)	100 (48/48)	100 (7/7)	100 (7/7)	100 (7/7)	100 (2/2)	100 (2/2)	100 (2/2)
โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100.00 (33/33)	97.18 (69/71)	100 (51/51)	100 (1/1)	100 (1/1)	50 (1/2)	-	-	-
รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.83 (1181/1195)	98.84 (1283/1298)	99.13 (689/698)	100 (112/112)	100 (116/116)	96.72 (118/122)	100 (25/25)	100 (26/26)	100 (26/26)

เอกสารอ้างอิง

1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่าย/ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมาย
3. บันทึกการตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420
4. แบบฟอร์มรายงานการตรวจสารปนเปื้อนในอาหารโดย Mobile Units
5. แบบฟอร์มรายงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
6. ภาพกิจกรรม

ผู้รับผิดชอบ

นางปิยะมาศ ปรีชาฎก	โทร. 08 3290 6287
นางวิภาพร องคนุสสรณ์	โทร. 09 5656 4848
นางสาวพิมพ์รดา ช่างสุวรรณ	โทร. 08 6851 4951
นายสายันต์ โชตยาธิวัฒน์	โทร. 09 5196 2419
นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์	โทร. 09 1059 8264
นางสาวฤทัยชนก จันศรี	โทร. 09 4542 6278
งานอาหาร และผลิตภัณฑ์ทั่วไป,	โทร. 0 4241 2438 ต่อ 114
งานยา และผลิตภัณฑ์เพื่อการบำบัดรักษา	โทร. 0 4241 2438 ต่อ 129
งานด่านอาหารและยา	โทร. 0 4241 2438 ต่อ 102
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.นค	

ตัวชี้วัดที่ 47/42/-	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ 1. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) พื้นที่ขยาย จังหวัดละ 5 แห่ง 2. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) พื้นที่ขยายจังหวัดละ 1 แห่ง 3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) จังหวัดละ 5 แห่ง 4. สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน Thai Stop COVID Plus (TSC+) ร้อยละ 85
หน่วยวัด	จำนวน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**อาหารปลอดภัย** หมายถึง อาหารที่ได้มีการจัดเตรียม ปรุงผสม และกินอย่างถูกต้องตามวิธีการและวัตถุประสงค์ของอาหารนั้น ๆ แล้วไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค ส่วนอาหาร ที่ไม่ปลอดภัย และก่อให้เกิดอันตรายเมื่อบริโภคเข้าไป คืออาหารที่มีสารปนเปื้อน **สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน** หมายถึง สถานประกอบการด้านอาหารที่ได้ดำเนินการปรับปรุงจนผ่านเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละประเภท และผ่านมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามที่ ศบค.กำหนด ได้แก่ **- อาหารริมบาทวิถี** หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็นหรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะที่ราชพัสดุ ที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัด หรือที่ริมน้ำ ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวรหรือเคลื่อนย้ายได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด **มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)** หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคม และมิติด้านวัฒนธรรม โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป **- ตลาดนัด** หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551 **มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market)** หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป **- ร้านอาหาร** หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 **มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus** หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน 9 ข้อ **สถานประกอบปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Thai Stop Covid Plus** หมายถึง สถานประกอบการที่จะต้องดำเนินการตามมาตรการป้องกันโควิด-19 ให้ประชาชนมั่นใจในการไปใช้บริการ ได้แก่ ตลาดนัด ตลาดสด อาหารริมบาทวิถี และร้านอาหาร **Thai Stop Covid Plus** หมายถึง ระบบที่ผู้ประกอบการตรวจสอบมาตรการป้องกันโควิด-19 ให้มั่นใจในการเปิดบริการ พร้อมรับใบรับรองติดแสดง (E-certification) และปักหมุดแผนที่ประชาสัมพันธ์ เพื่อประชาชนได้รับความปลอดภัย พร้อมสามารถตรวจสอบการประกอบการ/

	กิจกรรม ทางแผนที่และใบรับรองที่มี QR code มีหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบเพื่อควบคุมการแพร่เชื้อ และเป็นแหล่งความรู้สำหรับประชาชน ผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่ ในรูปแบบโปสเตอร์ อินโฟกราฟิก วิดีโอสาธิต การอบรมออนไลน์ การคัดกรองเพื่อดูแลสุขภาพและการปฏิบัติที่เหมาะสมช่วงที่มีโรคโควิด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตลาดนัด/ตลาดสด/อาหารริมบาทวิถี/ร้านอาหาร ทุกแห่ง ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องท้องถิ่น
เป้าหมาย	**ระดับจังหวัด** 1. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) พื้นที่ขยาย จังหวัดละ 5 แห่ง 2. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) พื้นที่ขยายจังหวัดละ 1 แห่ง 3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) จังหวัดละ 5 แห่ง 4. สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ร้อยละ 100 **Setting** สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่านระบบ Thai Stop Covid Plus ร้านอาหาร จำนวน 324 แห่ง ตลาดสด จำนวน 23 แห่ง ตลาดนัด จำนวน 47 แห่ง **ระดับอำเภอ** 1) สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ผ่าน TSC+ ร้อยละ 100 **(ตลาดนัด/ตลาดสด/อาหารริมบาทวิถี/ร้านอาหาร ทุกแห่ง ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องท้องถิ่น)**
วิธีการประเมิน	- ประเมินผลลัพธ์ตามเกณฑ์ประเมิน ข้อมูลจากสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - ประเมินจากระบบ Thai Stop Covid Plus กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด Setting อาหาร	**จากผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานและการนิเทศติดตาม**
รายการข้อมูล 1	**A :**
รายการข้อมูล 2	**B : -**
สูตรคำนวณ	**A**
ระดับจังหวัด Setting TSC+	**ข้อมูลจากระบบ Thai Stop Covid Plus กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**
รายการข้อมูล 1	**A : จำนวนสถานประกอบการประเมินตนเองผ่านระบบ TSC+**
รายการข้อมูล 2	**B : จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด**
สูตรคำนวณ	**A/B x 100**

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด

เกณฑ์การประเมิน

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สสจ. มีสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. สสจ. มีแผนงาน/โครงการหรือแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยร่วมกับพื้นที่ ใน Setting ของ 2.1 อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) 2.2 ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) 2.3 ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) 3. สสจ. ลงพื้นที่สำรวจสถานการณ์ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน/คัดเลือกพื้นที่ - อาหารริมบาทวิถี 1 แห่ง - ตลาดนัด น่าซื้อ 5 แห่ง - ร้านอาหาร 5 แห่ง	1. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่น ๆ ตามแผนที่กำหนด 2. มีการดำเนินงานสนับสนุน กำกับติดตามหน่วยงานระดับพื้นที่ในการพัฒนาสถานประกอบการได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนดของ - อาหารริมบาทวิถี - ตลาดนัด น่าซื้อ - ร้านอาหาร 3. สสจ. ลงพื้นที่ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน 4. ติดตามการรายงานผลตรวจการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารของหน่วยงานระดับพื้นที่ รอบที่ 1 ภายใน มีนาคม 2565	1. มีการจัดการปัญหา “อาหารริมบาทวิถี” ตลาดนัด น่าซื้อ และร้านอาหาร ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	1. ติดตามการรายงานผลตรวจการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร ของหน่วยงานระดับพื้นที่ รอบที่ 2 ภายใน สิงหาคม 2565 2. จังหวัดมีการดำเนินการอาหารปลอดภัยตามมาตรฐานครบทุก Setting ของ - อาหารริมบาทวิถี 1 แห่ง - ตลาดนัด น่าซื้อ 5 แห่ง - ร้านอาหาร 5 แห่ง

6 ข้อ ดังนี้

1. มีสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
2. มีแผนภาพรวมหรือแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของพื้นที่ ใน Setting ของ
    1. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)
    2. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market)
    3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)
3. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่น ๆ ตามแผนที่กำหนด
4. มีการดำเนินงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนดของ
    4.1 อาหารริมบาทวิถี/ตลาดนัด น่าซื้อ/ร้านอาหาร

4.1 มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 มีการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร จำนวน 2 ครั้ง (มีนาคมและสิงหาคม)
4.3 มีการรณรงค์การขับเคลื่อนงานการดำเนินงาน
4.4 มีการสุ่มประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. มีการจัดการปัญหา “อาหารริมบาทวิถี” ตลาดนัด น่าซื้อ และร้านอาหาร ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
6. จังหวัดมีการดำเนินการอาหารปลอดภัยตามมาตรฐานครบทุก Setting ของ
    1. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)
    2. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market)
    3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ข้อที่/เกณฑ์การให้คะแนน
1	1. มีสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. มีแผนงานหรือโครงการ การดำเนินงานอาหารปลอดภัยของพื้นที่ ใน Setting ของ 1. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) 0 แห่ง 2. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) 3 แห่ง 3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) 3 แห่ง
2	1. มีสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ และสามารถบ่งชี้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. มีแผนงานหรือโครงการการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของพื้นที่ ใน Setting ของ 1. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) 1 แห่ง 2. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) 5 แห่ง 3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) 5 แห่ง
3	มีข้อ (1) และ ข้อ (2) ครบทุก Setting และ 3. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่นๆ ตามแผนที่กำหนด
4	มีข้อ (1) ข้อ (2) ข้อ (3) และ 4. มีการดำเนินงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนดของ 4.1 อาหารริมบาทวิถี/ตลาดนัด น่าซื้อ/ร้านอาหาร 4.1 มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน 4.2 มีการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร 4.3 มีการรณรงค์การขับเคลื่อนงานการดำเนินงาน 4.4 มีการสุ่มประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโดยเจ้าหน้าที่จาก สสจ. 5. มีการจัดการปัญหา “อาหารริมบาทวิถี” ตลาดนัด น่าซื้อ และร้านอาหาร ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
5	มีข้อ (1) ข้อ (2) ข้อ (3) ข้อ (4) ข้อ(5) และ 6. จังหวัดมีการดำเนินการอาหารปลอดภัยตามมาตรฐานครบทุก Setting ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป 1. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) 1 แห่ง 2. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) 5 แห่ง 3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) 5 แห่ง

เกณฑ์การให้คะแนน Thai Stop Covid Plus

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 60
2	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 70
3	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 80
4	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 90
5	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 100

ระดับ คปสอ.	**ข้อมูลจากระบบ Thai Stop Covid Plus กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**
รายการข้อมูล 1	**A : จำนวนสถานประกอบการประเมินตนเองผ่านระบบ TSC+**
รายการข้อมูล 2	**B : จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด**
สูตรคำนวณ	**A/B x 100**

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.

เกณฑ์การให้คะแนน Thai Stop Covid Plus

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 60
2	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 70
3	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 80
4	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 90
5	สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ≥ ร้อยละ 100

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน (แห่ง)	NA	NA	
1. ตลาดนัด น่าซื้อ (Temporary Market) จังหวัดละ 1 แห่ง				- ตลาด นัดน่าซื้อ 1 แห่ง คือ ตลาดนัดคลองถมท่าบ่อ
2. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง				- อาหารริมบาทวิถี 1 แห่ง คือ ถนนคนเดิน ตลาดแคมของเมืองหนองคาย
3. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)		NA		NA
4) สถานประกอบการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยป้องกันการระบาดของโรคโควิด -19 ผ่าน TSC+ ร้อยละ 85		NA		ตลาดสดประเมินตนเองผ่านระบบ TSC+ จำนวน 25 แห่ง (96.15%) ตลาดนัด จำนวน 3 แห่ง (6.38%) และร้านอาหาร จำนวน 103 แห่ง

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	ตลาดนัดน่าซื้อ (จำนวนแห่ง)	อาหารริมบาทวิถี (จำนวนแห่ง)	Thai STOP Covid Plus (จำนวนแห่ง)		
				ตลาดสด	ตลาดนัด	ร้านอาหาร
1	หนองคาย	-	1	12	-	63
2	ท่าบ่อ	1	-	8	1	28
3	โพนพิสัย	-	-	1	-	4
4	ศรีเชียงใหม่	-	-	1	-	1
5	สังคม	-	-	-	1	-
6	สระใคร	-	-	1	1	6
7	เฝ้าไร่	-	-	1	-	1
8	รัตนวาปี	-	-	1	-	-
9	โพธิ์ตาก	-	-	-	-	-
	รวม	1	1	25	3	103

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560
2. กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551
3. กฎกระทรวงฯ ว่าด้วยสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561
4. คู่มือมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food)
5. คู่มือตลาดนัดน่าซื้อ (Temporary Market) พ.ศ.2557

ผู้รับผิดชอบ

1.) นายพรเทพ ทิพยสุทธิ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ	โทร. 08 6630 9111
2.) นายวรยุทธ พิมศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail : nackkee1994@gmail.com	โทร. 09 4516 8338
กลุ่มงาน อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 103

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 48/43/18</td><td>ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ระดับความสำเร็จ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน คือ อปท./ผู้นำชุมชน/อสม./โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้ร่วมกันดำเนินการลดการแพร่กระจายโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย (เช่น ไข้เลือดออก, ไข้ปวดข้อยุงลาย, ไข้ซิกา) โดยการลดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>อปท. / ผู้นำชุมชน / อสม. / โรงเรียน / วัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย
ระดับจังหวัด : 9 อำเภอ
ระดับ คปสอ./รพ.สต. : 5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ข้อมูลย้อนหลัง เดือน มกราคม – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแน<u>ระดับจังหวัด</u></td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 5 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 6 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 7 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 8 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 9 อำเภอ</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแน<u>ระดับ คปสอ.</u></td><td>
กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้
<table>
<tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)</th></tr>
<tr><th>ขั้นตอนที่ 1</th><th>ขั้นตอนที่ 2</th><th>ขั้นตอนที่ 3</th><th>ขั้นตอนที่ 4</th><th>ขั้นตอนที่ 5</th></tr>
<tr><td>1</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr>
</table>
ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้
<table>
<tr><th>ขั้นตอนที่</th><th>รายละเอียดการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีหนังสือแจ้งให้ท้องถิ่นอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ, ท้องถิ่นอำเภอ, หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง, นายก อปท., กำนัน / สาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงาน</td></tr>
<tr><td>4</td><td>4.1 คณะกรรมการมีการนิเทศติดตามการดำเนินการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออกและการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในช่วงฤดูกาลการระบาด
4.2 สาธารณสุขอำเภอ แจ้งผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในการประชุมหัวหน้าส่วน</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	ราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่สำรวจพบลูกน้ำ 4.3 คณะกรรมการระดับอำเภอ มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือ ควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก
5	การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ ≥ ร้อยละ 90 ของจำนวนตำบลทั้งหมด

<u>รอบที่ 1</u> ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 - 3 <u>รอบ 2</u> ประเมินทุกขั้นตอน

เกณฑ์การให้คะแนน
<u>ระดับตำบล/รพ.สต.</u>

กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	/				
2	/	/			
3	/	/	/		
4	/	/	/	/	
5	/	/	/	/	/

ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน
1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล ซึ่งประกอบด้วย นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน 1.3 มีแผนงาน/โครงการ/ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 1.4 อปท.ทุกแห่ง ติดประกาศ/ข้อบังคับ เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญ ให้ประชาชนเห็นชัดเจน ณ ที่ทำการ/ตลาด/วัด
2	2.1 อสม. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออกและ<u>วิธีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย</u> ร้อยละ 80 2.2 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกเดือน
3	3.1 มีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในพื้นที่ทุกสัปดาห์ 3.2 มีการรายงานสรุปผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายให้ รพสต. และภาคีเครือข่ายทราบ 3.3 ผู้นำชุมชนมีการประกาศแจ้งผลการสำรวจให้ประชาชนทราบทุกครั้ง
4	นายก อปท., กำนันผู้ใหญ่บ้าน/โรงเรียน/วัด/อสม./สาธารณสุข/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบสถานที่ที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายมาก หรือที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง □
5	การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ ≥ ร้อยละ 90 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด

<u>รอบที่ 1</u> ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 – 3 <u>รอบที่ 2</u> ประเมินทุกขั้นตอน

เอกสาร
อ้างอิง

. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล/อำเภอ
. แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ
. ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับตำบล/อำเภอ
. ประกาศ อปท.เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญ
. หลักฐานการจัดการประชุม อสม. เรื่องไข้เลือดออก และวิธี<u>การสำรวจลูกน้ำและทำลาย</u> <u>แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย</u>

	. แผนปฏิบัติงานสำรวจความชุกชุมลูกน้ำยุงลายระดับ / อำเภอ / ตำบล พร้อมคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบ . รายงานผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในระดับหมู่บ้าน / ตำบล / อำเภอ . รายงานการประชุมคณะกรรมการระดับตำบล / อำเภอ . รายงานการประชุมการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้าน . รายงานผลการติดตามแก้ไขปัญหา กรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก	
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 48.1/43.1/-</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2560 – 2564 ของจังหวัด</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS)
- อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2560 – 2564 ของจังหวัด หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีปัจจุบัน ลดลง ≥ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2560 – 2564 ของจังหวัดหนองคาย</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย
<u>ระดับจังหวัด / คปสอ.</u></td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2560 – 2564 ของจังหวัดหนองคาย</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2565 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน ปี 2560–2564 ของจังหวัด เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์
รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม–กรกฎาคม 2565 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน ปี 2560–2564 ของจังหวัด เดือน มกราคม - กรกฎาคม</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2565
B : จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ปี 2565
C : จำนวนประชากรของจังหวัด/อำเภอ ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>D : อัตราป่วยลดลง
E : อัตราป่วยค่ามัธยฐานปี 2560 – 2564 <u>ของจังหวัด</u>
A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2565</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A = (B/C) x 100,000
D = (E-A)/E x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
<u>ระดับจังหวัด /</u>
<u>ระดับคปสอ.</u></td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2560–2564 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2560–2564 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2560–2564 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 0</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2560–2564 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2560–2564 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.			
		2561	2562	2563	2564
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ≥ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	- 26.2	73.0	120	-95
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ต่อ ปชก.แสนคน	36.21	141.16	81.37	1.72
ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ต่อ ปชก.แสนคน	49.05	38.12	32.74	34.5

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2564 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัดหนองคาย

(ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2564)

ลำดับ	คปสอ.	อัตราป่วย ต่อ ปชก.แสนคน	อัตราป่วยค่ามัธยฐาน ต่อ ปชก.แสนคน	เพิ่มขึ้น / ลดลง ร้อยละ
1	เมือง	1.33	34.5	-96
2	ท่าบ่อ	0	34.5	-100
3	ศรีเชียงใหม่	0	34.5	-100
4	สังคม	0	34.5	-100
5	โพนพิสัย	5.05	34.5	-85
6	สระใคร	0	34.5	-100
7	เฝ้าไร่	1.91	34.5	-94
8	รัตนวาปี	2.58	34.5	-92
	โพธิ์ตาก	0	34.5	-100
จังหวัดหนองคาย		1.72	34.5	-95

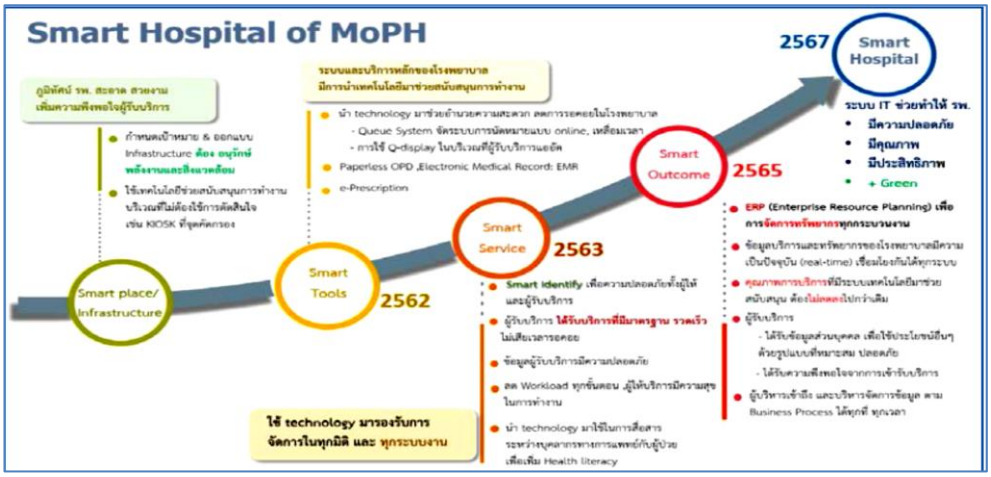
จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัดหนองคาย

ลำดับ	เดือน/ปี	2560	2561	2562	2563	2564	ค่ามัธยฐาน
1	มกราคม	4	1	18	4	0	4
2	กุมภาพันธ์	3	0	3	3	0	3
3	มีนาคม	4	1	31	14	0	4
4	เมษายน	6	5	66	7	0	6
5	พฤษภาคม	16	23	68	23	2	23
6	มิถุนายน	31	55	90	53	7	53
7	กรกฎาคม	36	38	152	38	0	38
8	สิงหาคม	27	20	96	29	0	27
9	กันยายน	14	13	89	24	0	14
10	ตุลาคม	11	11	75	11	0	11
11	พฤศจิกายน	5	10	43	10	0	10
12	ธันวาคม	7	12	6	7	0	7

เอกสารอ้างอิง	1. ระเบียนผู้ป่วยนอก ระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 2. รายงาน 506 (DF+DHF+DSS)	
ผู้รับผิดชอบ	นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย	โทร. 08 1999 1702
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 48.2/43.2/-</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ 0.10</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>1. เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
2. ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS)</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td><u>ระดับจังหวัด / คปสอ.</u> อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือน มกราคม - กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด/คปสอ.</td><td></td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวนผู้ที่ตายด้วยโรคไข้เลือดออก</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00</td></tr>
<tr><td>2</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.00</td></tr>
<tr><td>3</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.70</td></tr>
<tr><td>4</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.40</td></tr>
<tr><td>5</td><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.10</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ 0.10</td><td>ร้อยละ</td><td>0</td><td>0.47</td><td>0</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td>1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอ
2. ระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
3. รายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วย</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>นายณรงค์ชาญ บุศยพงศ์ชัย</td><td>โทร. 08 1999 1702</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</td><td>โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136</td></tr>
</table>

องค์ประกอบที่ 4 Innovation Base

ตัวชี้วัดที่ 49/44/-	**จำนวนหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital**
หน่วยวัด	จังหวัด : จำนวน | คปสอ. : คะแนน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**Smart Hospital** หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม  **1) Smart Place/Infrastructure** โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ **2) Smart Tools** โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์ **3) Smart Services** โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น **4) Smart Outcome** โรงพยาบาลมีการบริหารจัดระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ 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

<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) Smart Place

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean (ตั้งแต่ระดับดี ขึ้นไป)
- ระดับพื้นฐาน (ไม่ผ่าน)
- ระดับดี
- ระดับดีมาก

1.2 Digital Look (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)
- มีจุดประชาสัมพันธ์พร้อมระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงบริการโรงพยาบาล
- ตู้ Kiosk self service ที่ใช้งานได้
- มีบริการ Free WiFi ที่ใช้งานได้
- ป้ายประชาสัมพันธ์อิเลคโทรนิคส์

2) Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีระบบแสดงลำดับคิวเข้ารับบริการตรวจรักษา อย่างน้อย 1 จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์

2.2 Queue: มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง

2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ ตัวอย่าง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เครื่อง EKG, PACs, LIS เป็นต้น

2.4 Queue: มีช่องทางการจองคิวเข้ารับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง เช่น MOPH Connect, Application อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Official Line)

3) Smart Services (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

3.1 BPM : ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน

3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประมวลผลได้

3.3 BPM : มีระบบสั่งการรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยแพทย์ผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้มารับบริการ (visit)

3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ ผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนสิ้นสุดการรับบริการ

<table>
<tr><td></td><td>3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม
3.6 BPM : มีระบบ e-payment ได้แก่ การชำระค่าบริการที่ไม่ได้จ่ายด้วยเงินสด</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>รพท./รพช. ทุกแห่ง</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>ประเมินโดยทีมจังหวัด/ประเมินตนเอง</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ผ่านระดับคะแนน 5</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 5 แห่ง</td></tr>
<tr><td>2</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 6 แห่ง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 7 แห่ง</td></tr>
<tr><td>4</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 8 แห่ง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 9 แห่ง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>ระดับคะแนน 5</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>ระดับคะแนน</th></tr>
<tr><td>Smart Place</td><td>1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean</td><td>0.5</td></tr>
<tr><td></td><td>1.2 Digital Look (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)
- มีจุดประชาสัมพันธ์พร้อมระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงบริการโรงพยาบาล
- ตู้ Kiosk self service ที่ใช้งานได้
- มีบริการ Free WiFi ที่ใช้งานได้
- ป้ายประชาสัมพันธ์อิเลคโทรนิคส์</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)</td><td>2.1 มีระบบแสดงลำดับคิวเข้ารับบริการตรวจรักษาบริเวณหน้าห้องพบแพทย์</td><td rowspan="4">2
มี ≥2 ข้อ = 2 คะแนน
มี 1 ข้อ = 1 คะแนน
ไม่มี = 0 คะแนน</td></tr>
<tr><td>2.2 Queue Online มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online</td></tr>
<tr><td>2.3 Smart Device มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์อย่างน้อย 1 อุปกรณ์</td></tr>
<tr><td>2.4 มีช่องทางการจองคิวเข้ารับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง เช่น MOPH Connect , Application อื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Official Line)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	Smart Services	3. มีแพทย์ตรวจเริ่มเวลา 08.30 น. ที่ OPD อย่างน้อย 1 จุด (70% ของวันราชการ)	0.5 70% = 0.5 คะแนน 65% = 0.4 คะแนน 60% = 0.3 คะแนน 55% = 0.2 คะแนน 50% = 0.1 คะแนน <50% = 0 คะแนน
		3.1 ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน 3.2 มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประมวลผลได้ 3.3 มีระบบสั่งการรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ให้การรักษา (OPOE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้มารับบริการ (visit) 3.4 มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนสิ้นสุดการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ 3.5 มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.6 มีระบบ e-payment ได้แก่ การชำระค่าบริการที่ไม่ได้จ่ายด้วยเงินสด	มีการดำเนินการตามข้อ 3.1-3.6 มี ≥4 ข้อ = 1 คะแนน มี 3 ข้อ = 0.75 คะแนน มี 2 ข้อ = 0.5 คะแนน มี 1 ข้อ = 0.25 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	แห่ง	--	3 แห่ง	3 แห่ง

เกณฑ์การให้คะแนน			หนองคาย	ท่าบ่อ	โพนพิสัย	ศรีเชียงใหม่	สังคม	สระใคร	เฝ้าไร่	รัตนวาปี	โพธิ์ตาก	จำนวน
Smart Place	1.1	Green&Clean	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก	ดีมาก Plus	ดีมาก	ดี	ดีมาก	ดี	9
	1.2	Digital Look										
	1)	ดประชาสัมพันธ์	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	8
	2)	ตู้ Kiosk	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2
	3)	Free WiFi	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9
	4)	ป้ายอิเลคโทรนิคส์	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	6
		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	9
Smart Tools	2.1	Queue	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9
	2.2	Queue Online	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	6
	2.3	Device	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	8
	2.4	Official Line	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	3
		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	9
Smart Service	3	แพทย์เริ่มตรวจ	164	175	17	80	78	113	6	162	122	
			175	175	175	175	175	175	175	175	175	
			93.71	100.00	9.71	45.71	44.57	64.57	3.43	92.57	69.71	
		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	3
	3.1	ยกเลิกสำเนา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	8
	3.2	EMR	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9
	3.3	OPOE	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9
	3.4	ระยะเวลารอคอย	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	8
	3.5	นัดเหลื่อมเวลา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9
	3.6	e-payment	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	6
		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	9
สรุปผล			ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	3

เอกสารอ้างอิง	- แบบสอบถาม Smart Hospital สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข - ประเมินจากการตรวจเยี่ยม/ซักถาม การปฏิบัติงานจริง	
ผู้รับผิดชอบ	นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ นายภาสกร ประดับวงศ์ นายมนัสพงษ์ พลภูมี นายธนากร ทองคำ	โทร. 08 1662 4126 โทร. 08 5924 9926 โทร. 08 7233 2023 โทร. 09 4127 6951
	งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 106, 117

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 50/-/-</td><td>โรงพยาบาลมีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) และมีผู้ป่วยรับบริการ≥12 คน</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>จำนวน</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>บริการรับยาที่ร้านยา หมายถึง การจัดบริการทางเลือกให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน
ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) หมายถึง วิธีการส่งข้อมูลเกี่ยวกับยาหรือข้อมูลที่เกี่ยวกับใบสั่งยาระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและเภสัชกรผู้จ่ายยา
โรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) ประกอบด้วยข้อมูลยาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับใบสั่งยา อาจอยู่ในรูปแบบใบสั่งยาใหม่ หรือใบสั่งยาแบบเติมยา (refill) รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลกลาง (สปสช.) ได้ (อาจมีการพัฒนาต่อยอดให้มีการบันทึกบริการทางเภสัชกรรมในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-pharmacy service) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างร้านยาซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่าย</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลหนองคาย</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับจังหวัด : โรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 1 แห่ง</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. ประเมิน 5 ขั้นตอน
2. รายงานการให้บริการ</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564-กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>โรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด
รอบที่ 1</td><td>
<table>
<tr><th>ขั้นตอน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีการจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงาน</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ประชาสัมพันธ์ให้ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ทุกแห่ง ทราบ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีร้านยาที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ตรวจประเมินร้านยาที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบ และโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด
รอบที่ 2</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ≥ 8 คน</td></tr>
<tr><td>2</td><td>มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ≥ 9 คน</td></tr>
<tr><td>3</td><td>มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ≥ 10 คน</td></tr>
<tr><td>4</td><td>มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ≥ 11 คน</td></tr>
<tr><td>5</td><td>มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ≥ 12 คน</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยาโดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>11.11</td></tr>
<tr><td>2. จำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ</td><td>จำนวน</td><td>N/A</td><td>4</td><td>3</td></tr>
<tr><td>3. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ</td><td>จำนวน</td><td>N/A</td><td>104</td><td>239</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>1. นายพิชิต บุตรสิงห์ โรงพยาบาลหนองคาย
2. นางปิยะมาศ ปรีชาฎก สสจ.หนองคาย
3. นางวิภาพร องคนุสสรณ์ สสจ.หนองคาย</td><td>โทร. 08 1871 6690
โทร. 08 3290 6287
โทร. 09 5656 4848</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.หนองคาย</td><td>โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 51/45/19	**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 องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับจังหวัด เขต ประเทศและต่างประเทศ รวมถึงนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (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 การตรวจชันสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น 2)การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น 3)การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**หน่วยบริการในจังหวัดหนองคาย จำนวน 92 หน่วย (สสจ, รพช,สสอ,รพ.สต)**
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ : ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80) ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (5 ขั้นตอน)
วิธีการประเมิน	แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปเล่มรายงานผลโครงการวิจัย/R2R /รายงานผลการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565
ระดับจังหวัด/คปสอ	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)
รายการข้อมูล 1	**A :** จำนวนหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
รายการข้อมูล 2	**B :** จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด

<table>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด
- ระดับ คปสอ.</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ รพ.</td><td>ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
รอบที่ 1</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>1. มีแผนงาน/โครงการ ซึ่งมีกิจกรรมพัฒนางานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
2. มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการศึกษาวิจัย/R2R
3.คปสอ. มีการจัดทำโครงการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพพัฒนางานประจำในพื้นที่
4.คณะทำงานฯ มีการควบคุม กำกับ ติดตามให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการ</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1.มีบุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนับงานวิจัย อย่างน้อย 2คน ต่ออำเภอ
2.มีฐานข้อมูลจำนวนผลงานวิจัย/R2R ที่ดำเนินการในพื้นที่
3.มีหน่วยงานที่กำลังดำเนินงานวิจัย/ R2Rเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลังดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลังดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 80</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ดำเนินการ ระดับ 1 + 2 และ หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ กำลังดำเนินงานถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนน
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 ด้านสุขภาพที่ ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในระดับ จังหวัด เขต ประเทศ ร้อยละ 60
5	หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ มีการเผยแพร่ผลงาน/ส่งผลงานเข้านำเสนอในระดับ จังหวัด เขต ระดับประเทศ ร้อยละ 80

ระดับ รพ.สต.

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

สูตรคำนวณ

ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ รพ.สต.
รอบที่ 1

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงาน มีแผนพัฒนางาน/โครงการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย
2	พัฒนาบุคลากรในการพัฒนางานวิจัย R2R
3	มีผลการวิเคราะห์องค์กร/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
4	ออกแบบกระบวนการวิจัย / ขอรับการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ในกรณีที่การศึกษาวิจัยกระทำต่อมนุษย์
5	หน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ รพ.สต.
รอบที่ 2

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานมีผลงานวิจัย /R2R หรือบทความวิจัย(Manuscript) ที่เป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์
3	มีการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์
5	มีการเผยแพร่/นำเสนอผลงานวิชาการในเวทีวิชาการระดับจังหวัด หรือ เขต หรือ ประเทศ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย ,R2R , นวัตกรรมด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ	ร้อยละ	NA	60	93.48

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th>ลำดับ</th><th>คปสอ.</th><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>20</td><td>20</td><td>100</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>14</td><td>14</td><td>100</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>17</td><td>17</td><td>100</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>8</td><td>3</td><td>37.50</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>5</td><td>5</td><td>100</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5</td><td>4</td><td>80</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>8</td><td>8</td><td>100</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>8</td><td>7</td><td>100</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>6</td><td>6</td><td>100</td></tr>
<tr><td>10</td><td>พิสัยเวช</td><td>1</td><td>1</td><td>100</td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>92</td><td>86</td><td>93.48</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">1. แผนงาน/โครงการ ซึ่งมีกิจกรรมพัฒนางานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
2. เอกสารสรุปรายงานการประชุมหรือกิจกรรม
3. ภาพถ่ายกิจกรรม
4. เอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ หรือบทความวิจัย
5. เกียรติบัตรหรือใบรับรองว่าได้ร่วมนำเสนอผลงานวิจัย/R2R ในเวทีวิชาการต่างๆ
6. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานความสำเร็จของโครงการ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>1.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
2.นางสุปราณี พานารัตน์
นักทรัพยากรบุคคล</td><td>โทร. 0 4242 923 ต่อ 107

โทร. 095-6699329</td></tr>
<tr><td>งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</td><td>โทร. 0 4242 923 ต่อ 107</td></tr>
<tr><td>หัวหน้ากลุ่มงาน</td><td>นางสาวกชนันท์ คิดเห็น
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ</td><td>โทร. : 095-6729645</td></tr>
<tr><td></td><td>กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</td><td></td></tr>
</table>

องค์ประกอบที่ 5 Potential Base

ตัวชี้วัดที่ 52/46/-	**ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด**
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง **ส่วนราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ได้แก่ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 9 แห่ง **การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ** หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2564- 2565 ดังนี้ 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ 5. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์การ 6. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย 1 เรื่อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 9 แห่ง
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ระดับ 5 ระดับ คปสอ. : ระดับ 5 (ร้อยละ 100)

<table>
<tr><td></td><td>
<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>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td><td>ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546
2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565
รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>1. ตรวจประเมินผลการดำเนินนงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) จำนวน 2 รอบ
2. ประเมินผลจากระบบรายงาน http://pmqa.moph.go.th/moph-pmqa/frontend/web/index.php</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>1. สสจ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระดับคะแนน 5 ได้คะแนนร้อยละ 100
2. สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระดับคะแนน 5 ได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ครบทุกแห่ง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : ผลรวมของระดับคะแนนที่ 1-5</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : คะแนนเต็ม 5 คะแนน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมินปี 2565</td><td>
<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>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565
2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565
3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำ</td>
<td>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การรอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565
2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565</td>
<td>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การรอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565
2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565</td>
<td>1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การรอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565
2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565
3. ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า ดังนี้
3.1 แนวทางปฏิบัติ</td>
</tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	แผนพัฒนาองค์การ (แบบฟอร์ม 3) หมวดละ 1 แผนจัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 4. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565			หรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 3.2 ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม 5) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565

เกณฑ์การประเมินระดับจังหวัด ระดับ คปสอ.

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 เกณฑ์การให้คะแนน 0.20 คะแนน: 5 คำถาม | 0.40 คะแนน: 7 คำถาม | 0.60 คะแนน: 9 คำถาม | 0.80 คะแนน: 11 คำถาม | 1 คะแนน: 13 คำถาม เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)
2	ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 **โอกาสในการปรับปรุง (OFI)** | **เกณฑ์การให้คะแนน: 0.80 คะแนน** | 1 คะแนน หมวด 1-6 | ไม่ครบ 6 หมวด | ครบ 6 หมวด
3	■ ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์การหมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 แผนพัฒนาองค์การ | เกณฑ์การให้คะแนน: **0.80 คะแนน** | 1 คะแนน หมวด 1-6 | ไม่ครบ 6 หมวด | ครบ 6 หมวด ■ ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4)จัดส่งภายใน 11 มกราคม 2565 หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ | เกณฑ์การให้คะแนน: **0.80 คะแนน** | 1 คะแนน ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ) | ไม่ครบ (18 ข้อ) | ครบ (18 ข้อ)
4	หน่วยงานรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์การ และรายงานผลลัพธ์ ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 , 9 และ 12 เดือน ภายในระยะเวลาที่กำหนด (ช้ากว่ากำหนด 0 คะแนน, ภายในกำหนด 1 คะแนน) รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565 รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565

<table>
<tr><td></td><td>5</td><td>ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้
1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ
2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น
3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป
<table>
<tr><th rowspan="2">Best Practices</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><th>0.80 คะแนน</th><th>1 คะแนน</th></tr>
<tr><td>1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ
2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น
3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป</td><td>ไม่ครบ (4 หัวข้อ)</td><td>ครบ (4 หัวข้อ)</td></tr>
</table>
ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับจังหวัด
ระดับ คปสอ.</td><td>การคำนวณคะแนน</td><td>ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามระดับคะแนนที่ 1-5) เกณฑ์คะแนน :
1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
<table>
<tr><td rowspan="2">พ.ศ.</td><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>2565</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 95</td><td>ร้อยละ 100</td></tr>
</table>
:เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน
2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
<table>
<tr><td rowspan="2">พ.ศ.</td><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>2565</td><td>ร้อยละ 70</td><td>ร้อยละ 75</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 90</td></tr>
</table>
:เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td colspan="2">
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานขั้นตอน 1-5 ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามระดับคะแนนที่ 1-5)</td><td>ร้อยละ 90</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td><td>1 แห่ง</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</td><td>9 แห่ง</td><td>55.56</td><td>88.89</td><td>88.89</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564
<table>
<tr><th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">คปสอ.</th><th colspan="2">ร้อยละ</th><th></th></tr>
<tr><th>เป้าหมาย</th><th>ผลงาน</th><th>ร้อยละ</th></tr>
<tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>100</td><td>66.67</td><td>66.67</td></tr>
<tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารอ้างอิง</td><td colspan="2">1. เอกสารตามขั้นตอน 1 - 5
2. Application Report http://pmqa.moph.go.th/moph-pmqa/frontend/web/index.php รายหมวดตามแผนพัฒนา
3.เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ผู้รับผิดชอบ</td><td>1.นางอุไรรัตน์ ศรีสม
2.นายสมพร เจือจันทึก</td><td>โทร. 088-5713729
โทร. 089-5711175</td></tr>
<tr><td>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</td><td>โทร. 0 4242 923 ต่อ 120</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่ 53.1/-/-</td><td>อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้นจากปี 2560</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td>คำอธิบาย</td><td>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</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชากรในจังหวัดหนองคาย</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 ค่า LE และ HALE ปี 2562 ไฟล์ xxxx-LE&HALE_NK_2563
รอบที่ 2 ค่า LE และ HALE ปี 2563 ไฟล์ xxxx-LE&HALE_NK_2564</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2563)
รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2564)</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>ค่า LE และ ค่า HALE</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : ค่า LE และ HALE ปี 2560</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : ค่า LE และ HALE ปี 2563/2564</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>B-A</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>1. เกณฑ์การให้คะแนน LE</th><th>2. เกณฑ์การให้คะแนน HALE</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ค่า LE ลดลง 1</td><td>ค่า HALE ลดลง 1</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ค่า LE ลดลง 0.5</td><td>ค่า HALE ลดลง 0.5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ค่า LE คงที่</td><td>ค่า HALE คงที่</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ค่า LE เพิ่มขึ้น 0.5</td><td>ค่า HALE เพิ่มขึ้น 0.5</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ค่า LE เพิ่มขึ้น 1</td><td>ค่า HALE เพิ่มขึ้น 1</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th></th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr>
<tr><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr>
<tr><td>ค่า LE</td><td>ปี</td><td>76.78</td><td>77.15</td><td>76.66</td><td>77.62</td><td>รอ ธ.ค.64</td></tr>
<tr><td>ค่า HALE</td><td>ปี</td><td>69.35</td><td>69.65</td><td>69.27</td><td>70.06</td><td>รอ ธ.ค.64</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

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
เฝ้าไร่	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

LE & HALE ปี 2563-2564

อำเภอ	2563		2564	
	LE	HALE	LE	HALE
เมือง	77.99	70.30	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
ท่าบ่อ	81.30	72.96	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
โพนพิสัย	76.89	69.53	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
ศรีเชียงใหม่	76.82	69.37	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
สังคม	76.55	69.27	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
สระใคร	74.42	67.60	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
เฝ้าไร่	76.02	68.82	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
รัตนวาปี	76.50	69.15	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
โพธิ์ตาก	77.23	69.80	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64
จังหวัดหนองคาย	77.62	70.06	รอ ธ.ค.64	รอ ธ.ค.64

เอกสารอ้างอิง	1. จำนวนประชากรแยกรายอำเภอจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ.2560-2564 2. จำนวนประชากรเสียชีวิต จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2560-2564	
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์	โทร. 08-1592-7689
	นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ	โทร. 08-1662-4126
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117, 119

ตัวชี้วัดที่ 53/47/20	จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์
หน่วยวัด	ร้อยละ/อัตรา/ขั้นตอน/ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	**อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์** หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการ ดังนี้ **ด้านกระบวนการ** **1. ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็น** หมายถึง ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอปัญหาสุขภาพจากประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ โดย คปสอ. ในจังหวัดหนองคาย รวบรวมผลการประชาคม โดยจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน 2564 และนำข้อคิดเห็นไปปรับปรุงกระบวนการทำงาน และส่งสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิคส์ ถึงกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ **2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน** หมายถึง คปสอ./รพ.สต. ในจังหวัดหนองคาย มีการจัดทำปฏิบัติการประจำปี 2565 โดย คปสอ.ส่งแผนปฏิบัติการให้ นพ.สสจ.เป็นผู้อนุมัติ, รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ, ศสม. ส่งแผนให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้อนุมัติ ทั้งนี้ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนพฤศจิกายน 2564 **3. มีการดำเนินงานตามแผน** หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ**ภายในเดือนธันวาคม 2564** และมีการสรุปการใช้จ่ายงบประมาณ พร้อมทั้งรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยตัดยอดวันที่ 25 ของเดือน และส่งให้ สสจ.ภายในวันที่ 26 ของทุกเดือน โดยมีการควบคุมกำกับงานในการประชุมประจำเดือนของ คปสอ.ทุกเดือน **4. มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย** หมายถึง หน่วยงานระดับจังหวัด (สสจ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับ คปสอ. โดยคณะกรรมการประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง และสรุปผลการประเมินแจ้งในที่ประชุม กวป. หน่วยงานระดับอำเภอ (คปสอ.) มีการนิเทศ/ประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานระดับตำบล (รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล) ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ครั้งที่ 2 ภายในเดือนกรกฎาคม 2565 และส่งผลการนิเทศ/ประเมิน ให้ สสจ.ภายในระยะเวลาที่กำหนด **ด้านผลลัพธ์** **5. KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด** หมายถึง ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3-5 หรือตามที่กำหนด ร้อยละ 75 ผลงานภาพรวม (ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์) ผ่านระดับดีมากขึ้นไป เกณฑ์การจัดระดับคะแนน ดังนี้ - คะแนน <50 ระดับปรับปรุง - คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา - คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง - คะแนน 70-79.99 ระดับดี - คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังรายละเอียดแนบท้าย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**คปสอ./รพ.สต./PCU รพ./ศูนย์เทศบาล ทุกแห่ง**

<table>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>ระดับจังหวัด : อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ 8 อำเภอ
ระดับ คปสอ. : อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีมากขึ้นไป
รพ.สต. : KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมิน</td><td>- ประเมินจากเอกสาร รูปเล่มสรุปผลงาน และการส่งผลงาน file เอกสารตามขั้นตอนการพัฒนาการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ด้านกระบวนการและผลลัพธ์
- ประเมินผ่านโปรแกรม eVaR</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รอบที่ 1 : เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565)
รอบที่ 2 : เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565)</td></tr>
<tr><td>ระดับจังหวัด</td><td>8 อำเภอ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวน คปสอ.ที่ผ่านคุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ระดับดีมากขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวน คปสอ.ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับจังหวัด</td><td>
<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>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ คปสอ.</td><td>อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ระดับดีมากขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : คะแนนผลการดำเนินงานคุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : คะแนนเต็ม</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ คปสอ.</td><td>
<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>
</td></tr>
<tr><td>ระดับ รพ.สต.</td><td>KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A : จำนวน KPI ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามกำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B : จำนวน KPI ทั้งหมดที่ประเมิน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>A/B x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
- ระดับ รพ.สต.</td><td>
<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>
</td></tr>
</table>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2562	2563	2564
ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์	ร้อยละ	100% (9 อำเภอ)	88.89% (8 อำเภอ)	88.89% (8 อำเภอ)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	คปสอ.	คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์			KPI 5 Goal Setting		
		คะแนนเต็ม	ผลคะแนน	ระดับ	ที่ประเมิน	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
1	หนองคาย	100	93.98	ดีมาก	78	60	76.92
2	ท่าบ่อ	100	90.00	ดีมาก	78	61	78.21
3	โพนพิสัย	100	96.22	ดีมาก	74	67	90.54
4	ศรีเชียงใหม่	100	67.70	พอใช้	74	53	71.62
5	สังคม	100	95.87	ดีมาก	74	59	79.73
6	สระใคร	100	85.39	ดีมาก	73	52	71.23
7	เฝ้าไร่	100	91.67	ดีมาก	73	59	80.82
8	รัตนวาปี	100	91.69	ดีมาก	73	60	82.19
9	โพธิ์ตาก	100	91.39	ดีมาก	73	53	72.60
10	พิสัยเวช	-	-	-	41	27	65.85
	จ.หนองคาย	9 อำเภอ	ระดับดีมาก	8 อำเภอ	78	57	73.08

เอกสารอ้างอิง

1. แผนยุทธศาสตร์
2. แผนปฏิบัติการ พชอ./แผนการจัดบริการตาม Service Plan
3. โครงการตามแผนปฏิบัติการ
4. รายงานการประชุม คปสอ.
5. ไฟล์การส่งสรุปการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ
6. สรุปผลการนิเทศงาน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล
7. สรุปผลการประเมิน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล
8. ภาพถ่ายการประเมิน/นิเทศ

ผู้รับผิดชอบ

นางรติวัน พิสัยพันธ์	โทร. 08-1592-7689
นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ	โทร. 08-1662-4126
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 - จัดกระบวนการประชาคมฯ ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด - จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ยังไม่ส่งสรุปผล - จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนด และส่งสรุปผล	0 คะแนน 1 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน			- สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิคส์ - ภาพกิจกรรม
2	หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5 คะแนน			จัดทำแผนสรุปเป็นรูปเล่ม อนุมัติแผนปฏิบัติการให้เสร็จสิ้น ภายในเดือนพฤศจิกายน 2564
		<80% = 0 ร้อยละ 80 = 1 คะแนน ร้อยละ 85 = 2 คะแนน ร้อยละ 90 = 3 คะแนน ร้อยละ 95 = 4 คะแนน ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			- คปสอ./รพ. จัดทำ แผนปฏิบัติการ (1, 2) - รพ.สต./ศสม.จัดทำแผนปฏิบัติการ (3, 4) โดยที่ - คปสอ. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ นพ.สสจ. เป็นผู้อนุมัติ (1) - รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นผู้อนุมัติ (2) - ศสม./PCU รพ. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้อนุมัติ (3)
3	การดำเนินงานตามแผน				
3.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ โครงการได้รับการลงนามภายในเดือนธันวาคม 2564	5 คะแนน ร้อยละ <80% = 0 ร้อยละ 80 = 1 คะแนน ร้อยละ 85 = 2 คะแนน ร้อยละ 90 = 3 คะแนน ร้อยละ 95 = 4 คะแนน ร้อยละ 100 = 5 คะแนน			จัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการและโครงการได้รับการลงนามอนุมัติ ภายในเดือนธันวาคม 2564 - กรณีโครงการที่มีจัดประชุม อมรม สัมมนา ให้เสนอ นพ.สสจ.หนองคาย ลงนาม - กรณีโครงการที่ใช้งบกองทุนตำบล เมื่อได้รับการแจ้งจัดสรรงบประมาณ
3.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน ส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ (เริ่ม ม.ค.65)	5 คะแนน ไม่ส่ง=0 1 เดือน=3 2 เดือน=5	5 คะแนน <3 เดือน=0 3 เดือน=1 4 เดือน=2 5 เดือน=3 6 เดือน=4 7 เดือน=5		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน รอบที่ 1 ช่วงเดือน ม.ค.-ก.พ.65 รอบที่ 2 ช่วงเดือน ม.ค.-ก.ค.65
3.3	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ หน่วยงานมีการใช้จ่ายงบประมาณ ร้อยละ	5 คะแนน <20=0 20=1 คะแนน 25=2 คะแนน 30=3 คะแนน 35=4 คะแนน 40=5 คะแนน	5 คะแนน <60=0 60=1 คะแนน 55=2 คะแนน 70=3 คะแนน 75=4 คะแนน 80=5 คะแนน		ส่งไฟล์ excel สรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน มีผลการเบิกจ่ายงบประมาณตามกำหนด ดังนี้ - ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่าย ร้อยละ 33 - ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่าย ร้อยละ 55 - ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่าย ร้อยละ 76 - ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่าย ร้อยละ 98

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
4	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
4.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร	5 คะแนน			ส่งสรุปผลการนิเทศงานและประเมินผลใน
	ส่งไฟล์เอกสารครบทั้ง 6 รายการ ช้ากว่ากำหนด	> 4 วัน=0			รูปแบบไฟล์อิเลคทรอนิคส์
		4 วัน=1 คะแนน			(1) eSAR ผลการประเมินตนเองของ คปสอ.
		3 วัน=2 คะแนน			(2) eVaR ผล คปสอ. ประเมิน รพ.สต./ศสม.
		2 วัน=3 คะแนน			(3) สรุปผลการนิเทศ รพ.สต./ศสม.
		1 วัน=4 คะแนน			(4) จัดลำดับคะแนน รพ.สต.
		ภายในกำหนด=5 คะแนน			(5) ภาพถ่าย
					(6) เล่มสรุปรายงานผลการปฏิบัติงาน
4.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ.	5 คะแนน			* รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ. โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้
	คะแนนรูปเล่มรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขฯ	ระดับปรับปรุง = 1 คะแนน			- คะแนน <50 ระดับปรับปรุง
		ระดับพัฒนา = 2 คะแนน			- คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา
		ระดับปานกลาง = 3 คะแนน			- คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง
		ระดับดี = 4 คะแนน			- คะแนน 70-79.99 ระดับดี
		ระดับดีมาก = 5 คะแนน			- คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก
ด้านผลลัพธ์					
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	25 คะแนน			โดยที่ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal Setting
		<ร้อยละ55 = 0 คะแนน			มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3-5
		ร้อยละ 55 = 5 คะแนน			หรือ ตามที่กำหนด
		ร้อยละ 60 = 10 คะแนน			
		ร้อยละ 65 = 15 คะแนน			
		ร้อยละ 70 = 20 คะแนน			
		ร้อยละ 75 = 25 คะแนน			
	รวมคะแนน	**เต็ม 50 คะแนน**		**ได้**	**ร้อยละ**

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	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ.	5			
	ด้านผลลัพธ์				
5	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	25			
	รวมคะแนน	**60**			