

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

วัน/เดือน/ปี : วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

หัวข้อ : คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

ด้วย กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำ
คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

เพื่อให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อ
สาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑ สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ
หน่วยงานภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงขออนุญาตนำเผยแพร่ คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข ตามมาตรการ
ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ.๒๕๖๖ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

Link : https://www.nko.moph.go.th/main_new/

หมายเหตุ : เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางรติวัน พิสัยพันธ์)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายณรงค์ จันทร์แก้ว)

วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นางรติวัน พิสัยพันธ์)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย



ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

คู่มือการประเมินผลสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



คู่มือการประเมินผลงานสาธารณสุข
ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

พิมพ์ครั้งที่ 1

ธันวาคม 2565

จัดทำโดย

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

โทร 0 4242 2923 ต่อ 117, 119

โทรสาร 0 4241 2650

<https://www.nko2.moph.go.th>

คำนำ

คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 ได้มีมติเห็นชอบกับกรอบกลไก และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานของส่วนราชการในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญของรัฐบาล การแก้ไขปัญหาและการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและเพื่อเพิ่มศักยภาพของส่วนราชการในการสนับสนุนการพัฒนาประเทศ สำนักงาน ก.พ.ร. ได้กำหนดกรอบการประเมินส่วนราชการ ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัดส่งผลให้การประเมินจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ธันวาคม 2565



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มา	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
บทที่ 2 การประเมินตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565	3
2.1 กรอบการประเมิน	5
2.2 กลไกการประเมิน	14
บทที่ 3 กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมิน การควบคุมกำกับงาน	15
3.1 ผู้ประเมิน	15
3.2 ผู้รับการประเมิน	15
3.3 หลักเกณฑ์การประเมิน	15
3.4 รอบการประเมิน และการควบคุมกำกับงาน	17
3.5 ขั้นตอนการประเมิน	18
3.6 ปฏิทินการประเมินและการควบคุมกำกับงาน	19
บทที่ 4 การรายงานผลการประเมิน และรูปแบบรายงาน	20
4.1 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้รับการประเมิน	20
4.2 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้ประเมิน	22
รายละเอียด KPI Template	27
ตัวชี้วัดที่	ชื่อตัวชี้วัด
1. Function Base	29
1 คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ	29
1.1/1.1/- ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค (MOPH ITA : MOPH Integrity and transparency assessment)	29
1.2/1.2/1 ร้อยละหน่วยบริหารและหน่วยบริการจัดการเรื่องร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	32
1.3/1.3/- ร้อยละส่วนราชการและหน่วยงานสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผล	35
2 ผลการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพ	40
2.1/2.1/2 ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 100	40
2.2/2.2/- หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติการเงินรุนแรง (Risk Score<6)	46
2.3/2.3/- หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป (คะแนนประเมิน 81 คะแนนขึ้นไป)	48

2. Agenda Base	50
3/3/3 ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้น	50
4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	52
4.1/4.1/4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan	52
4.2/4.2/4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	55
4.3/4.3/- ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	57
5/5/- ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	61
6 ผลลัพธ์การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	66
6.1/6.1/5.1 สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเอื้อต่อสุขภาพ	66
1. โรงพยาบาลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30	
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	
6.2/6.2/5.2 ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	72
6.3/6.3/- จังหวัด/อำเภอ ขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลตาม พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 อย่างมีประสิทธิภาพ	76
6.4/-/- จังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	79
7 ผลการพัฒนาระบบบริการก้าวหน้า Innovation Healthcare Management	81
7.1/7.1/- ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (ร้อยละ 100)	81
7.2/7.2/- รพท./รพช. ผ่านการพัฒนาสถานบริการต้นแบบตามนโยบาย EMS (Environment, Modernize, Smart Service)	83
8 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	87
8.1/8.1/- ร้อยละหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566	87
8.2/-/- ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	90
8.3/-/- ร้อยละประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	90
8.4/8.2/6.1 ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 75 ขึ้นไป	94
8.5/8.3/6.2 ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	97

	หน้า
9 ผลลัพธ์การให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	101
9.1/9.1/- ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (Community base)	101
9.2/9.2/7 ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกใน ชุมชนของหน่วยบริการ	104
10/10/8 ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	110
3. Area Base	112
11/11/9 ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self - Care ออกแรงแยงคั่ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80) BMI ≥ ปกติ 65	112
12 ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs	120
12.1/12.1/10.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	120
12.2/12.2/10.2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา (Pre DM) ≤ 1.75 %	124
12.3/12.3/10.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตได้ดี	126
12.4/12.4/- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100	130
13 ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	133
13.1/-/- อัตราตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีไม่เกิน 30 ต่อแสนประชากร	133
13.2/-/- อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 5	135
13.3/-/- อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ	136
13.4/13/11 อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกินร้อยละ 5	137
14/14/- RTI (Road Traffic Injury) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 26 ต่อประชากรแสนคน	139
14.1/14.1/- ความสำเร็จการดำเนินกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI+Plus) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป	141
15/15/- อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต	145
15.1/15.1/- ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัย แม่และเด็ก (ร้อยละ 90)	145
16/16/12 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90	159
17/17/13 ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี	164
17.1/17.1/13.1 ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี (113 เซนติเมตร)	164
17.2/17.2/13.2 ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี (112 เซนติเมตร)	164
18 ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น	167
18.1/18.1/- ระดับความสำเร็จของการจัดการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	167

	หน้า
18.2/18.2/- อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	171
19/19/- ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิซ้า (โควิด-19)	173
20 ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	176
20.1/20.1/14 ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย	176
20.2/20.2/- อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค้ำมัธฐาน ปี 2561- 2565 ของจังหวัด	179
20.3/20.3/- อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10	181
21/-/- ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ 50)	182
22/21/- ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด	184
23/22/- สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย	187
1. มาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ 30	
2. มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus ร้อยละ 3	
24 จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ	187
24/23 1. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิธีใหม่ ทุกแห่ง ร้อยละ 100	187
2. ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดน่าซื้อ ร้อยละ 20	
3. อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถีระดับดีขึ้น ร้อยละ 80	
25 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	194
25.1/-/- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)	194
25.2/-/- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)	196
25.3/-/- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)	198
25.4/-/- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	200
26 ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันวัณโรค	201
26.1/24.1/- อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ร้อยละ 88	201
26.2/24.2/- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ < ร้อยละ 5	203
26.3/24.3/- อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น > ร้อยละ 10 (เปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยผลงานปี 2563-2565)	205
26.4/24.4/- ระดับความสำเร็จของการลดอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค	207
26.5/24.5/15 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต.	209
27/25/16 จังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	211
28/26/- อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสในกระแสเลือด	215
29/27/- อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)	217

	หน้า
30/28/- ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	219
31 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช	225
31.1/29.1/- อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร	225
31.2/29.2/- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 85	227
31.3/29.3/- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 95	229
32/30/- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	231
33/31/- ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture Rate <ร้อยละ 20)	239
34 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ	242
34.1/-/- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	242
34.2/32.1/- ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	244
34.3/32.2/- ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	246
35/33/17 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง	248
36/34/- ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73m ² /yr	254
37/35/- ร้อยละ 95 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	256
38/36/- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับเขตสุขภาพที่ 8 $\geq 0.39 : 100$)	257
39/37/- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 60	259
40/38/- ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	261
41 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการ ODS/MIS	265
41.1/39.1/- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery $\geq$ ร้อยละ 30	265
41.2/39.2/- ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนี้ในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) <ร้อยละ 5	267
42/40/- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	269
43 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ	276
43.1/41.1/- ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10	276
43.2/41.2/- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)	278
43.3/41.3/- ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	280
43.4/41.4/- อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury)	282
43.5/41.5/- ร้อยละโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	284

	หน้า
44 ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก	287
44.1/42.1/18.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย	287
44.2/42.2/18.2 อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	292
44.3/42.3/- อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	294
44.4/42.4/- จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก	296
4. Innovation Base	298
45/43/19 ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R, นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)	298
46 ผลสำเร็จการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ	302
46.1/44.1/- จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital	302
46.2/44.2/20 ร้อยละบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบ บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	306
46.3/44.3/- จังหวัด/อำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	308
5. Potential Base	311
47/45/- ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตาม เกณฑ์ที่กำหนด	311
48/46/21 ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตาม เป้าหมาย (ร้อยละ 80)	316
48.1/-/- อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา	321

บทที่ 1

บทนำ



การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มีที่มาและวัตถุประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ที่มา

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545

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

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์

และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546

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

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

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

คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 5/2559

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

มติคณะรัฐมนตรี 5 เมษายน 2559

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

มติคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)

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

มติคณะรัฐมนตรี 6 พฤศจิกายน 2561

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

1) การประเมินยังคงมี 5 องค์ประกอบ โดยเพิ่มเติมประเด็นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันหลายหน่วยงาน ไว้ในองค์ประกอบที่ 1 Function Base

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

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

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการมี 2 ประการ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญตามนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

2. เพื่อเพิ่มศักยภาพของหน่วยงานในการสนับสนุนการพัฒนาด้านสาธารณสุขของจังหวัด เขตประเทศ



บทที่ 2



การประเมินตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

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

ภารกิจที่ได้รับมอบหมายหลักในการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มีดังนี้

1 กรอบการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 กำหนดให้มีการประเมินตัวชี้วัดใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. Function Base

ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามพันธกิจหลักและอยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการที่จะส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ หลักภารกิจพื้นฐานงานประจำงานตามหน้าที่ปกติ หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก งานตามกฎหมาย กฎ นโยบายของรัฐบาล หรือนโยบายของรัฐมนตรี หรือการบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน

*ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

*แผนแม่บท 23 แผน

*ตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาภาค

*ตัวชี้วัดบูรณาการหลายหน่วยงาน (Joint KPIs)

2. Agenda Base

ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจยุทธศาสตร์ แนวทางปฏิรูปภาครัฐ นโยบายเร่งด่วน หรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายเป็นพิเศษ

*ตัวชี้วัด Agenda ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายพิเศษจากนายกรัฐมนตรี/รองนายกรัฐมนตรี

3. Area Base

ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่/ท้องถิ่น ภูมิภาค จังหวัด กลุ่มจังหวัด

*ตัวชี้วัดการดำเนินงานตามภารกิจในพื้นที่/ท้องถิ่น ภูมิภาค จังหวัด กลุ่มจังหวัด

*ตัวชี้วัดบูรณาการระหว่างกระทรวง/จังหวัด (Function-Area KPIs)

*ประเมินประสิทธิภาพในการจัดทำฐานข้อมูลระดับจังหวัด

4. Innovation Base

ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อไปสู่ระบบราชการ 4.0

*ข้อเสนอการพัฒนานวัตกรรมของจังหวัด

5. Potential Base

ศักยภาพในการดำเนินการของส่วนราชการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

*การดำเนินการที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของส่วนราชการในการผลักดันการพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 23 แผน

2 หน่วยงานจะถูกประเมินใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่

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

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

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

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

6 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบที่ 4 Innovation Base ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อไปสู่ระบบราชการ 4.0

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

7 ตัวชี้วัดในองค์ประกอบที่ 5 Potential Base การดำเนินการที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของส่วนราชการในการผลักดันการพัฒนาประเทศให้บรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์

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

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

2.1 กรอบการประเมิน

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

ตารางที่ 1 กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2566

องค์ประกอบ	ประเด็น	การกำหนดตัวชี้วัด
1. Function Base ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามพันธกิจและอยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการที่จะส่งต่อยุทธศาสตร์หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลักงานตามกฎหมาย กฎ นโยบายของรัฐบาล หรือมติคณะรัฐมนตรี หรือการบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน	1. การดำเนินงานตามพันธกิจ ภารกิจพื้นฐาน งานประจำงานตามหน้าที่ปกติหรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก 2. การดำเนินงานตามกฎหมาย 3. การดำเนินงานตามนโยบายและแผนของรัฐบาล และมติคณะรัฐมนตรี 4. การดำเนินงานตามมาตรฐานสากล (International Standards)	1. 4Excellence ที่ 4 - Governance Excellence 2. KPI Function ที่เป็นกิจกรรมการดำเนินการตามกฎหมายให้กำหนดเป็น KPI-Monitor เพื่อการติดตามควบคุมกำกับงานและให้หน่วยงานในสังกัดรายงานผลทุกเดือน
2. Agenda Base Agenda ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขในภาพรวม และปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด PA (Performance Agreement) หน่วยงานระดับจังหวัด	1. นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข	PA ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566
3. Area Base ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่	การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย	4Excellence ที่ 1-2 - Promotion Prevention & Protection Excellence - Service Excellence

องค์ประกอบ	ประเด็น	การกำหนดตัวชี้วัด
4. <u>Innovation Base</u> ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรม ในการบริหารจัดการระบบงาน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อไปสู่ระบบราชการ 4.0	ข้อเสนอการพัฒนานวัตกรรม <u>นวัตกรรมให้บริการ (Service Innovation)</u> เป็นนวัตกรรมที่นำมาใช้พัฒนา และสร้างคุณค่าในงานบริการภาครัฐ การปรับปรุงบริการหรือสร้างบริการใหม่ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการให้บริการประชาชน	วิจัย, R2R, Innovation ผลสำเร็จการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ SMART Hospital ดิจิทัลไอดี การแพทย์ทางไกล
5. <u>Potential Base</u> ศักยภาพในการดำเนินการของส่วนราชการ ตามแผนยุทธศาสตร์	ประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการตามแผนปฏิรูปองค์การของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565	- ผลสำเร็จการบริหารยุทธศาสตร์ - อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น - PMQA

ตารางที่ 2 กรอบการประเมินผลงานสาธารณสุข และรายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
1. <u>Function Base</u>	<u>E4 : Governance Excellence</u> 45. คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ 45.1 ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 100) 45.2 ร้อยละหน่วยบริหารและหน่วยบริการในจังหวัดจัดการเรื่องร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 100) 45.3 หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง 48. ผลการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพ 48.1 ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ร้อยละ 95 48.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังTPS> 10.5 คะแนน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 และ Risk Score < 6 (ร้อยละ 100)* 48.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีขึ้นไป (คะแนนประเมิน 81 คะแนนขึ้นไป)
2. <u>Agenda Base</u>	<u>E1 : Promotion Prevention & Protection Excellence</u> 2. จำนวนประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80 10. ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 10.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 10.2 ร้อยละผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 10.3 ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 11. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 100) 18. ผลลัพธ์การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย 18.1 หน่วยบริการทุกระดับพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	18.2 ร้อยละหน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 18.3 จังหวัด/อำเภอขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 18.4 จังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 E2 : Service Excellence พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ 19. ผลการพัฒนาระบบบริการก้าวหน้า Innovation Healthcare Management 19.1. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100) 19.2 รพท./รพช. ผ่านการพัฒนาสถานบริการต้นแบบตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan 20. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 20.1 ร้อยละหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (ร้อยละ 80) 20.2 ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (ร้อยละ 64) 20.3 ร้อยละประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 70) 20.4 ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ร้อยละ 100) 20.5 ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน 27. ผลลัพธ์การให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 27.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 3) 27.2 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (20.5) E3 : People Excellence 42. ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านการประเมินเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 30)
3. <u>Area Base</u>	E1 :Promotion Prevention & Protection Excellence 1. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self Care ออกแรงแรง ค้างคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80) BMI ปกติ>65% 3. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs 3.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 3.2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา (Pre-DM) 3.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 3.4 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป

องค์กรประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	4. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี 4.1 อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีไม่เกิน 30 ต่อแสนประชากร 4.2 อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี รายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 5 4.3 อัตราผู้ป่วยติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับซ้ำลดลง 4.4 อัตราการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ลดลง ไม่เกินร้อยละ 5 5. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 28.06 ต่อแสน ปชก. (ข้อมูล 3 ฐาน) 5.1 อำเภอผ่านการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมากขึ้นไป (Excellent) ร้อยละ 100 6. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต 6.1 ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 90) 7. ร้อยละ 90 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 8. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี 8.1 ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย 113 ซม. 8.2 ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง 112 ซม. 9. ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น 9.1 ระดับความสำเร็จการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 9.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน (<25) 12. ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ 13. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 13.1 ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย (อปท./วัด/โรงเรียน) ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย 13.2 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานของจังหวัด 5 ปี ย้อนหลัง 13.3 อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.1 14. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ 50) 15. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97 16. สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 - Clean Food Good Taste ร้อยละ 30 - Clean Food Good Taste Plus ร้อยละ 3 17. จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ 17.1 ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายทุกแห่ง (100%) 17.2 ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดน่าซื้อ ร้อยละ 20 17.3 อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้น ร้อยละ 80
	<u>E2 : Service Excellence</u> <u>พัฒนาระบบบริการ Service Plan ตามมาตรฐาน</u> 21. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 21.1 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) 21.2 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62) 21.3 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63) 21.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษา

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	ใน Stroke Unit 22. ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค 22.1 อัตราสำเร็จของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 88 22.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < ร้อยละ 5 22.3 อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น > ร้อยละ 10 (เปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยผลงานปี 2563-2565) 22.4 ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรค 22.5 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานยุติโรคใน รพ.สต. 23. จังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 24. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 25. อัตราตายทารกแรกเกิด (3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ) 26. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ 28. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช 28.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (<8 ต่อแสน ปชก.) 28.2 ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 85) 28.3 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 95 29. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 26 30. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture Rate <ร้อยละ 20) 31. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 31.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 8 31.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 60 31.3 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 90 32. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 33. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคไต 33.1 ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73 m2/yr(ร้อยละ 66) 34. ร้อยละ 95 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน 35. อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) 36. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 60 37. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate Care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือนร้อยละ 70 38. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการ ODS/MIS 38.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 30 38.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) <ร้อยละ 5

องค์ประกอบ	รายการตัวชี้วัด
	39. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ 39.1 ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 39.2 ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 40. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ 40.1 ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10 40.2 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A,S,M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma <12%) 40.3 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26 40.4 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) 40.5 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 41. ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก 41.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย 41.2 ร้อยละผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 40 41.3 ร้อยละผู้รับบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมดในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (เฉพาะ รพ.ระดับ S, M1, M2, F2) 41.4 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 25)
4. <u>Innovation Base</u>	E3 : People Excellence 43. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R, นวัตกรรมด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80) E4 : Governance Excellence 47. ผลสำเร็จการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ 47.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital (ร้อยละ 100) 47.2 ร้อยละของอำเภอที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบ 47.3 ร้อยละของจังหวัด/อำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. <u>Potential Base</u>	44. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 46. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมาย (ร้อยละ 80) 46.1 LE, HALE เพิ่มขึ้น (จังหวัด)

ตารางที่ 3 รายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย KPI-Function ประจำปีงบประมาณ 2565

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2566
พัฒนาศาสตร์ สาธารณสุข	1	จังหวัดผ่านเกณฑ์การพัฒนาศูนย์ ASEAN Health Network (ศคอส.)	ผ่านระดับ 3
	2	ร้อยละของโรงพยาบาลชายแดนให้บริการที่เป็นมิตร (Friendly Service) แก่ประชากร-ต่างด้าว	100
	3	ร้อยละผลงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการมีผลงานผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	80
	4	ร้อยละผลงาน PA ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	80
กลุ่มกฎหมาย	1	ร้อยละความสำเร็จของ รพท.,รพช.,สสอ. ในการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ	95
	2	ร้อยละของ รพท.,รพช.,สสอ. มีการวิเคราะห์กระบวนการงานที่มีความเสี่ยงต่อการทุจริตและจัดทำแผนป้องกันและปราบปรามการทุจริต	100
กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข	1	ร้อยละ 100 ของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	2/2
	2	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	255/255
	3	ร้อยละ100 ของการพิจารณาอนุญาตด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านบริการสุขภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	100
NCD	1	ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการสูบบุหรี่	50
	2	ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	50
งานสุขศึกษาและ ประชาสัมพันธ์	1	การจัดแสดงนิทรรศการและการบริการด้านสุขภาพ ในการออกร้านนิทรรศการกระทรวงสาธารณสุขในงานฉลองอนุสาวรีย์ปราบฮ่อและงานกาชาด จังหวัดหนองคาย โดยความร่วมมือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โรงพยาบาลหนองคาย และเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล	1 ร้าน
	2	การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุขและสื่อมวลชนสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย - เผยแพร่ทางสื่อออนไลน์ ทุกวัน - จัดสัมมนาสาธารณสุขพบสื่อ รวม 50 คน (งดกิจกรรม ปี 2564จากสถานการณ์โควิด)	1 ครั้ง/ปี
ส่งเสริมสุขภาพ	1	ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มี Hemoglobin ≥ 9 g/dl ($\geq 50\%$)	($\geq 50\%$)
	2	ร้อยละผู้ป่วยThalassemia มีค่า ferritin $< 2,500$ mg ($\geq 80\%$)	($\geq 80\%$)
	3	ร้อยละผู้ป่วยThalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูง ตามเกณฑ์ ($\geq 80\%$)	($\geq 80\%$)
	4	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ยไม่เกินร้อยละ 10	10
	5	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ 9	9
	6	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีภาวะผอมไม่เกินร้อยละ 5	5
	7	ร้อยละของเด็ก 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	70
	8	เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง น้อยกว่าร้อยละ 25	25
	9	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	50
	10	ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)ในชุมชนผ่านเกณฑ์	100
บริหารทรัพยากรบุคคล	1	ผู้ได้รับการจัดสรรเครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสายสะพายได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ร้อยละ 100	20
	2	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ จังหวัดหนองคาย	
	3	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการเบิกจ่ายเงิน พ.ต.ส. ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (ร้อยละ 80)	80

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2566
งานการเงินและบัญชี	1	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณภาพรวม (รอบที่ 1 ร้อยละ 50 รอบที่ 2 ร้อยละ 100)	100
	2	ร้อยละ 100 ของรายการเบิกเงินค่าวัสดุที่มียอดเงินตั้งแต่ 5,000.- ขึ้นไป หน่วยงานดำเนินการนำเข้าสู่ระบบ GFMS ภายใน 3 วันทำการ	100
	3	ร้อยละ 100 ของรายการขอเบิก หน่วยงานดำเนินการเบิก-จ่าย เข้าสู่ระบบ GFMS ภายใน 15 วันทำการ	100
	4	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการในสังกัด นำเข้าข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (บข11) ภายใน วันที่ 10 ของเดือนถัดไป	100
ทันตสาธารณสุข	1	เด็ก 3 ปีมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 50 (รายงาน)	50
	2	เด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุไม่เกินร้อยละ 52 หรือ ลดลงร้อยละ 2 ต่อปี (ผลสำรวจฯ)	65
	3	ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (HDC)	70
	4	อัตราเด็กหนองคายอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ร้อยละ (HDC)	50
	5	ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (HDC)	40
	6	ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาส่งเสริมสุขภาพช่องปากดีดาว (3 ดาว)	80
	7	รายรับคลินิก สสจ.หนองคาย (จำนวนเงินเฉลี่ยต่อเดือน จากแบบบันทึกรายรับฯ)	160,000
อนามัยสิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย	1	ร้อยละหน่วยบริการทุกระดับมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและถูกสุขลักษณะ	100
	2	ร้อยละ อปท.พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ	25
	3	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม	< Med 5 ปี ย้อนหลัง
	4	จำนวนเมืองมีการขับเคลื่อนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy City)	2
	5	ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันโรคและสุขอนามัยที่ดี	60
	6	จำนวน อปท.พัฒนาการจัดการสิ่งปฏิกูลถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลและถูกสุขลักษณะ	2 แห่ง
ควบคุมโรคติดต่อ	1	อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	20
	2	อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงร้อยละ 30 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	30
	3	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัด <1.55%	<1.55%
	4	สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	9 อำเภอ
	5	ร้อยละเยาวชนมีการป้องกันตนเองโดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	90
	6	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	100
	7	อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่เกินร้อยละ 2	ไม่เกิน ร้อยละ 2
	8	ร้อยละของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส	80
ประกันสุขภาพ	1	ร้อยละความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99.90	99.90
	2	ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของการจัดสรรชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพทุกกองทุน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	90
	3	ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน OP ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	80
	4	ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน IP ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	90
	5	ร้อยละของหน่วยบริการมีการบันทึกผ่านโปรแกรมแผนงค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(ค่าเสื่อม) ร้อยละ 100	100
	6	ร้อยละของหน่วยบริการมีการบริหารจัดการงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ตามระบบการควบคุมภายใน	100

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2566
	7	ร้อยละของคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19 (ม.31) ที่ยื่นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายได้รับการพิจารณาเสร็จสิ้นภายใน 5 วัน นับจากวันที่ยื่นคำร้อง	100
	8	ร้อยละของคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41) ได้รับการพิจารณาเสร็จสิ้นภายใน 30 วัน นับจากวันที่ยื่นคำร้อง	100
	9	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41)	100
	10	ร้อยละการส่งข้อมูลบริการสุขภาพได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน https://hdcservice.moph.go.th https://cmi.moph.go.th	100

ตารางที่ 4 รายการตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย KPI โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพระราชดำริ ประจำปีงบประมาณ 2565

กลุ่มงาน/งาน	KPI		ค่าเป้าหมาย 2566
ทันตสาธารณสุข	โครงการฟันเทียมพระราชทาน		
	1	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมพระราชทาน	100
ควบคุมโรคติดต่อ	โครงการป้องกันควบคุมโรคหนองพวยในนักเรียนในโรงเรียน ตามโครงการพระราชดำริ		
	1	อัตราป่วยด้วยโรคหนองพวยในเด็กนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ ไม่เกินร้อยละ 10	10
	2	อัตราความครอบคลุมการให้การรักษานักเรียนที่ติดเชื้อหนองพวย ร้อยละ 100	100
อนามัยสิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย	โครงการโรงเรียน กพด.พัฒนาน้ำบริโภคที่สะอาดได้มาตรฐานกรมอนามัย		
	1	น้ำดื่มโรงเรียน กพด.ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้กรมอนามัย พ.ศ.2563	1
	2	น้ำล้างหน้าแปรงฟันของโรงเรียน กพด.ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้กรมอนามัย พ.ศ.2563	1

2.2 กลไกการประเมิน

การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีกลไกการดำเนินงานในการพิจารณากำหนดระบบการประเมิน แนวทางการประเมิน ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 คณะกรรมการพัฒนาระบบการประเมินผลงานสาธารณสุข

คณะกรรมการพัฒนาระบบการประเมินผลงานสาธารณสุข ทำหน้าที่พิจารณาระบบการประเมินและแนวทางการประเมินหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ และแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาตัวชี้วัดของหน่วยงานระดับตำบล อำเภอ จังหวัด

2.2.2 คณะทำงานพิจารณาตัวชี้วัด ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ มีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

องค์ประกอบ

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

อำนาจหน้าที่

1) พิจารณาความเหมาะสมของตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และน้ำหนักของตัวชี้วัดของส่วนราชการและจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยพิจารณาจากประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศด้านสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย

2) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการเกี่ยวกับการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการมอบหมาย

บทที่ 3



กรอบแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมิน การควบคุมกำกับงาน

การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ได้กำหนดผู้ประเมิน ผู้รับการประเมิน หลักเกณฑ์การประเมิน รอบการประเมิน และขั้นตอนการประเมิน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ผู้ประเมิน

ผู้ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ระดับจังหวัด ได้แก่

1. คณะกรรมการประเมินผลงานสาธารณสุขระดับจังหวัด

ผู้ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ระดับอำเภอ ได้แก่

1. คณะกรรมการประเมินผลงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

3.2 ผู้รับการประเมิน

หน่วยงานที่รับการประเมินผลงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ประกอบด้วย รพ.สต. 74 แห่ง และ คปสอ. 9 แห่ง รวมทั้งสิ้น 83 แห่ง

3.3 หลักเกณฑ์การประเมิน

สำนักงาน ก.พ.ร. ใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินส่วนราชการตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 6 พฤศจิกายน 2561 โดยคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบกับกรอบ กลไก และแนวทางในการประเมินส่วนราชการและจังหวัด ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินส่วนราชการ ประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ ประกอบด้วย เป้าหมายขั้นสูง (100 คะแนน), เป้าหมายมาตรฐาน (75 คะแนน), เป้าหมายขั้นต่ำ (50 คะแนน)

ในการประเมินผลงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ 2566 เพื่อให้สอดคล้องกับการประเมินผลงานของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินใน 5 ระดับ ทั้งนี้ จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินของสำนักงาน ก.พ.ร.ด้วย

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 ระดับตัวชี้วัด

การประเมินในแต่ละตัวชี้วัด พิจารณาจากผลการดำเนินงานเทียบกับค่าเป้าหมาย 5 ระดับที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

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

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

3.3.2 ระดับองค์ประกอบ

ให้องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน ให้คิณำหนักคะแนน ดังนี้

น้ำหนักระยะ

Function Base	Agenda Base	Area Base	Innovation Base	Potential Base	รวม
5 คะแนน	30 คะแนน	55 คะแนน	5 คะแนน	5 คะแนน	100

องค์ประกอบการประเมิน	ประเด็นการประเมิน	น้ำหนัก	ผลการดำเนินงาน (คะแนน)	คะแนนองค์ประกอบ (ร้อยละ)	ระดับ
1. Function Base	ความสำเร็จ 4Excellence ที่ 4	5	4.000	80.00	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
2. Agenda Base	PA กระทรวงสาธารณสุข	30	28.500	95.00	ระดับคุณภาพ
3. Area Base	ความสำเร็จ 4Excellence ที่ 1,2	55	42.500	77.27	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
4. Innovation Base	ความสำเร็จ 4Excellence ที่ 3,4	5	4.000	80.00	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
5. Potential Base	การบริหารยุทธศาสตร์ LE, HALE เพิ่มขึ้น PMQA	5	3.500	70.00	ระดับมาตรฐาน ขั้นต้น
	รวมคะแนน	100	82.8	82.8	ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง

3.3.3 ระดับส่วนราชการ

สรุปผลการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัดในภาพรวมทั้ง 5 องค์ประกอบ คิดจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

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

3.4 รอบการประเมิน และการควบคุมกำกับงาน

รอบการประเมิน หมายถึง ระยะเวลาที่จะต้องทำการประเมิน ปีละ 2 ครั้ง คือ

- รอบ 5 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 28 กุมภาพันธ์ 2566
- รอบ 10 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566

รอบการควบคุมกำกับงาน ระยะเวลาที่จะต้องทำการรายงานผล ปีละ 3 ครั้ง คือ

- รอบ 3 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 ธันวาคม 2565
- รอบ 6 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566
- รอบ 9 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566



3.5 ขั้นตอนการประเมิน

ขั้นตอนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

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

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

รอบ 5 เดือน ภายในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

รอบ 10 เดือน ภายในวันที่ 25 กรกฎาคม 2566

ทีมประเมินผลงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประเมิน คปสอ. ผ่านระบบ VDO Conference ดังนี้

รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 3-10 มีนาคม 2566

รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 4-11 สิงหาคม 2566

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

ขั้นตอนที่ 4 สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นำผลการประเมินมาประกอบการปรับปรุงแผนและการพัฒนางาน ในรอบปีถัดไป พร้อมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาความดีความชอบของผู้บริหารและปฏิบัติงานในพื้นที่



3.6 ปฏิทินการประเมินและการควบคุมกำกับงาน

โดยกำหนดเป็นปฏิทินการประเมินส่วนราชการฯ และการควบคุมกำกับงาน ปีงบประมาณ 2566 ดังตาราง

ระยะเวลา	ประเมินส่วนราชการฯ และการควบคุมกำกับงาน
23 ส.ค.65	- มอบนโยบายทิศทางการพัฒนางาน 2566 - ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ ปี 2565 - GAP Analysis กำหนดแนวทาง 2566 - ทบทวน KPI template - Action Plan 2566
7-8 ก.ย.65	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2566-2570 Workshop - House Model - GAP Analysis - KPI Template - Action Plan 2566 - แนวทางปี 2566
12 ต.ค.65	ประชุมผู้ประสานงาน/รวบรวมแผนปฏิบัติราชการ/โครงการ ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 - ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ/โครงการ และการอนุมัติ โดย กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข * แบบฟอร์ม Action Plan * แบบฟอร์มโครงการ - หมวดย่อย และ อัตราการเบิกจ่าย โดย งานตรวจสอบภายใน และ งานการเงินและบัญชี
9 ธ.ค.65	จัดทำคู่มือการประเมินผล 2566 - กรอบแนวทางประเมินผล - KPI Template
16 ธ.ค.65	- ถ่ายทอดนโยบายและแผนแก่หน่วยงานในสังกัด - นโยบาย นพ.สจ.นค. - แผนยุทธศาสตร์ 2566 - การประเมินผล 2566 - ทำความตกลง KPI Template
กุมภาพันธ์ 2566	คปสอ.ประเมินผลงานหน่วยงานในสังกัด รอบที่ 1
24 ก.พ.66	คปสอ.รายงานผลประเมินตนเอง รอบที่ 1 ในระบบ eVa
3-10 มี.ค.66	ประเมินผลงาน คปสอ. รอบที่ 1 ผ่านระบบ VDO Conference
31 มี.ค.66	สรุปการประเมินผลงานสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2565
กรกฎาคม 2566	คปสอ.ประเมินผลงานหน่วยงานในสังกัด รอบที่ 2
25 ก.ค.66	คปสอ.รายงานผลประเมินตนเอง รอบที่ 2 ในระบบ eVa
4-11 ส.ค.66	ประเมินผลงาน คปสอ. รอบที่ 2 ผ่านระบบ VDO Conference
31 ส.ค.66	สรุปการประเมินผลงานสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566

บทที่ 4



การรายงานผลการประเมิน และรูปแบบรายงาน

4.1 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้รับการประเมิน

การประเมินผลงานสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ของผู้รับการประเมิน มีรายละเอียดดังนี้

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



แบบฟอร์มรายงานผลตัวชี้วัดการพัฒนานวัตกรรม

การประเมินด้านการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการ (Innovation Base)

คปสอ..... ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

1. หลักการเหตุผลความจำเป็น

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

2. วัตถุประสงค์

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

3. การดำเนินการ

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

4. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

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

5. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นรูปธรรม

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

6. ภาพประกอบ

4.2 การรายงานผลและรูปแบบรายงานของผู้ประเมิน

การประเมินผลงานสาธารณสุข ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ของผู้ประเมิน แบ่งตามลำดับการประเมิน ได้แก่

1. คณะกรรมการประเมินผลระดับอำเภอ
2. คณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัด

กำหนดให้เลขานุการคณะกรรมการประเมินผลระดับอำเภอ ส่งรายงานการประเมินถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

และเลขานุการคณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัด จัดทำรายงานสรุปผลการประเมินถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และจัดทำสรุปในรูปแบบสัญลักษณ์ ในลักษณะที่เป็น Infographic

ตัวอย่างรายงานสรุปการประเมินผล

รายงานสรุปความเห็นของผู้ประเมินเบื้องต้นโดยเลขานุการทีมประเมิน ประกอบด้วยรายงานผลการประเมินรายตัวชี้วัด ดังนี้

1. ปกรายงานการประเมิน
2. สรุปภาพรวมแบบประเมินงานสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย





รายงานการประเมินผลสาธารณสุข

ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

รอบการประเมินที่ 1/2566

(ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566)



ตัวอย่าง

รายงานการประเมินผลสาธารณสุขตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566
รอบการประเมินที่ 1/2566

คปสอ.	Function Base (5)	Agenda Base (30)	Area Base (55)	Innovation Base (5)	Potential Base (5)	รวม คะแนน (100)	สรุปประเมิน	
1. คปสอ. ก	5	30	45	5	5	90.00		ระดับคุณภาพ
2. คปสอ. ข	5	30	35	5	3	78.00		ระดับมาตรฐาน ขั้นสูง
3. คปสอ. ค	5	25	34.5	5	3	72.50		ระดับมาตรฐาน ขั้นต้น
4. คปสอ. ง	3	18	25	5	2	53.00		ระดับปรับปรุง
5. คปสอ. จ	5	30	50	5	5	95.00		ระดับคุณภาพ
สรุปรายงาน ณ วันที่.....								

สรุปผลการประเมิน

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

(นายณรงค์ จันทร์แก้ว)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รายงานผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน

คปสอ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

รอบการประเมินที่ 1/2566

สรุปคะแนนและข้อเสนอแนะองค์ประกอบที่ควรพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและศักยภาพ

องค์ประกอบการประเมิน	คะแนน	ข้อเสนอแนะ
1. ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ตามหลักภารกิจพื้นฐาน (Function Base) (5 คะแนน)		
2. ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจยุทธศาสตร์ (Agenda Base) (30 คะแนน)		
3. ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่/ท้องถิ่น (Area Base) (55 คะแนน)		
4. ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรม (Innovation Base) (5 คะแนน)		
5. ศักยภาพในการดำเนินการของส่วนราชการ ตามแผน ยุทธศาสตร์ (Potential Base) (5 คะแนน)		
รวมคะแนน (100 คะแนน)		

โปรดทำเครื่องหมาย (/) ตามระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานและศักยภาพของส่วนราชการ

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

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

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

หัวหน้าทีมประเมิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายละเอียด KPI Template

องค์ประกอบที่ 1 Function Base

ตัวชี้วัดที่ 1	คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ
1.1/1.1/-	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค (MOPH ITA : MOPH Integrity and transparency assessment)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	(1) การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) ไม่ได้มุ่งเน้นให้หน่วยงานที่เข้ารับการประเมินปฏิบัติเพียงเพื่อให้ได้ผลการประเมินที่สูงขึ้นเพียงเท่านั้น แต่มุ่งหวังให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค ได้มีการปรับปรุงพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในหน่วยงาน มีการดำเนินงานที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและส่วนรวมเป็นสำคัญ และลดโอกาสที่จะเกิดการทุจริต และประพฤติมิชอบในหน่วยงาน ส่งผลให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนแม่บทการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (2) ข้อมูล หมายถึง คณะกรรมการสืบสวนมีมติชี้มูลเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติหรือละเว้น การปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบเพื่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงแก่ผู้หนึ่ง ผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยทุจริต (3) คำสั่งลงโทษ หมายถึง คำสั่งลงโทษฐานปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ เพื่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงแก่ผู้หนึ่ง ผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยทุจริต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลหนองคาย 3. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ระดับคะแนน 5 ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : รพ./สสอ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ระดับคะแนน 5
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน ดังนี้ 1. หน่วยงานเป้าหมายจะต้องเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยและตอบคำถามผ่านระบบ MOPH Integrity and Transparency Assessment System (MITAS) 2. รอบการประเมิน - รอบการประเมินครั้งที่ 1 1.1 เดือนกุมภาพันธ์ 2566 (1) ตอบคำถามผ่านระบบ MITAS (แบบ MOIT1- MOIT22) ทั้งหมด 18 ข้อ (2) ข้อมูล (ข้อมูลตุลาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566) (3) คำสั่งลงโทษ (ข้อมูลตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) - รอบการประเมินครั้งที่ 2 2.1 เดือนกรกฎาคม 2566 (1) ตอบคำถามผ่านระบบ MITAS (แบบ MOIT1- MOIT22) ทั้งหมด 20 ข้อ (2) ข้อมูล (ข้อมูลตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566) (3) คำสั่งลงโทษ (ข้อมูลตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566)

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																
ระดับจังหวัด	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน MOPH ITA ≥ ร้อยละ 90 ค่าเป้าหมาย 92 ร้อยละ 100																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่ตอบคำถามผ่านระบบ MITAS ในระดับคะแนนร้อยละ 92 ขึ้นไป																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<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>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60	2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70	3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60																
2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70																
3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80																
4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90																
5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100																
ระดับ คปสอ.	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน MOPH ITA ที่ระดับคะแนน 5 ร้อยละ 100																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่ได้ตอบคำถามผ่านระบบ MITAS และผ่านเกณฑ์การประเมินผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ ร้อยละ 92 และไม่มี จนท.ในหน่วยงานถูกชี้มูล/ถูกลงโทษทางวินัยฐานทุจริตต่อหน้าที่ราชการ																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด (2 แห่ง รพ./สสอ.)																
สูตรคำนวณ	A																
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0</td><td>ไม่มีหน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน</td></tr><tr><td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 1 แห่ง</td></tr><tr><td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 2 แห่ง</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	ไม่มีหน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน	3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 1 แห่ง	5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 2 แห่ง					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
0	ไม่มีหน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน																
3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 1 แห่ง																
5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 2 แห่ง																
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ./สสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 88</td></tr><tr><td>2</td><td>คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90</td></tr><tr><td>3</td><td>คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 92</td></tr><tr><td>4</td><td>ระดับคะแนนที่ 3 และ หากมี จนท. ถูกชี้มูล หรือลงโทษ</td></tr><tr><td>5</td><td>ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท. ถูกชี้มูล+ลงโทษ</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 88	2	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90	3	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 92	4	ระดับคะแนนที่ 3 และ หากมี จนท. ถูกชี้มูล หรือลงโทษ	5	ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท. ถูกชี้มูล+ลงโทษ	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 88																
2	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 90																
3	คะแนนผ่านเกณฑ์ ITA ร้อยละ 92																
4	ระดับคะแนนที่ 3 และ หากมี จนท. ถูกชี้มูล หรือลงโทษ																
5	ระดับคะแนนที่ 3 และ ไม่มี จนท. ถูกชี้มูล+ลงโทษ																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค ในระดับร้อยละ 92 ขึ้นไป และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5</td><td>ร้อยละ/ อัตรา/ ขั้นตอน</td><td>100</td><td>73.68</td><td>77.78</td></tr></table>				ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค ในระดับร้อยละ 92 ขึ้นไป และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5	ร้อยละ/ อัตรา/ ขั้นตอน	100	73.68	77.78
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ															
		2563	2564	2565													
ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการส่วนภูมิภาค ในระดับร้อยละ 92 ขึ้นไป และมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5	ร้อยละ/ อัตรา/ ขั้นตอน	100	73.68	77.78													

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2	2	100
	2	ท่าบ่อ	2	2	100
	3	โพนพิสัย	2	2	100
	4	ศรีเชียงใหม่	2	2	100
	5	สังคม	2	1	50
	6	สระใคร	2	0	0
	7	เผ่าไร่	2	2	100
	8	รัตนวาปี	2	1	50
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100
	10	พิสัยเวหา			
		รวม	18	14	77.78

เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม MITAS 2. รายงานการสืบสวน 3. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน 4. คำสั่ง ลงโทษทางวินัย 5. เว็บไซต์ของหน่วยงาน	
---------------	--	--

ผู้รับผิดชอบ	นายเกียรติศักดิ์ คำอุ่น	โทร. 08 9708 8301
	กลุ่มกฎหมาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 110 โทร. 0 4241 3064

ตัวชี้วัดที่ 1	คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ
1.2/1.2/1	ร้อยละหน่วยบริหารและหน่วยบริการจัดการเรื่องร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	(1) ในกรณีที่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบของข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัด ให้หน่วยบริหารและหน่วยบริการดำเนินการรายงานข้อเท็จจริงเบื้องต้นให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ ภายใน 7 วัน (2) กรณีที่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัด ให้หน่วยบริหารและหน่วยบริการจัดการเรื่องร้องเรียนให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน และรายงานการจัดการเรียนร้องเรียนให้ผู้ร้องเรียนทราบ (3) การทุจริต(Corruption)หมายถึง การปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใดในตำแหน่งหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใดในพฤติกรรมที่อาจทำให้ผู้อื่นเชื่อว่ามิตำแหน่งหรือหน้าที่ ทั้งที่ตนมิได้มีตำแหน่งหรือหน้าที่ นั้น หรือใช้อำนาจในตำแหน่งหน้าที่ ทั้งนี้ เพื่อแสวงหาประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบสำหรับตนเองหรือผู้อื่น (4) ประพฤติมิชอบ หมายถึง ปฏิบัติไม่เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบของทางราชการ คำสั่งของผู้บังคับบัญชา บัญชา มติคณะรัฐมนตรี แบบธรรมเนียมของทางราชการ หรือตามทำนองคลองธรรม คือไม่เป็นไปตามทางที่ถูกที่ควร (5) พฤติกรรมบริการ หมายถึง การแสดงออกด้านการแต่งกาย สีหน้า แววตา กิริยา ท่าทาง และการพูดจา ซึ่งพฤติกรรมที่ดีย่อมสร้างความสุข ให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้เป็นอย่างดีได้แก่การแต่งกายที่สุภาพ สะอาด เรียบร้อย สีหน้าและแววตาที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส อ่อนโยน กิริยาท่าทางที่สุภาพ อ่อนน้อมการพูดจาดูด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล สุภาพ (6) หน่วยงาน หมายถึง หน่วยบริหารและหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลหนองคาย 3. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต. : เรื่องร้องเรียนที่จัดการเรื่องร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100
วิธีการประเมิน	วิธีการประเมิน ดังนี้ 1. หน่วยบริหารและหน่วยบริการต้องจัดการเรื่องร้องเรียนภายในระยะเวลาที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ 2. รอบการประเมิน รอบการประเมินครั้งที่ 1 1.1 เดือนกุมภาพันธ์ 2566 (1) ตอบคำถามผ่านระบบ MITAS ตามตัวชี้วัด การส่งเสริมความโปร่งใส และรายงานผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน) รอบการประเมินครั้งที่ 2 2.1 เดือนกรกฎาคม 2566 (1) ตอบคำถามผ่านระบบ MITAS ตามตัวชี้วัด การส่งเสริมความโปร่งใส และรายงานผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน)

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
ระดับจังหวัด/คปสอ.	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่จัดการเรื่องร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยงานจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80			
	2	หน่วยงานจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 85			
	3	หน่วยงานจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 90			
	4	หน่วยงานจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 95			
	5	หน่วยงานไม่มีเรื่องร้องเรียน/จัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100			
	ระดับ รพ.สต.	เรื่องร้องเรียนที่จัดการเรื่องร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเรื่องร้องเรียนที่จัดการเรื่องร้องเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	เรื่องร้องเรียนที่จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80			
	2	เรื่องร้องเรียนที่จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 85			
	3	เรื่องร้องเรียนที่จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 90			
	4	เรื่องร้องเรียนที่จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 95			
	5	ไม่มีเรื่องร้องเรียน/เรื่องร้องเรียนที่จัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100			
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
			2563	2564	2565
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	100	100	100

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2	2	100
	2	ท่าบ่อ	2	2	100
	3	โพนพิสัย	2	2	100
	4	ศรีเชียงใหม่	2	2	100
	5	สังคม	2	2	100
	6	สระใคร	2	2	100
	7	เผ่าไร่	2	2	100
	8	รัตนวาปี	2	2	100
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100
	10	พิสัยเวหา			
		รวม	18	18	100
เอกสารอ้างอิง	1. คำสั่งแต่งตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการเรื่องร้องเรียน 3. คู่มือการจัดเรื่องร้องเรียน 3. โปรแกรม MITAS				
ผู้รับผิดชอบ	นายเกียรติศักดิ์ คำอุ่น		โทร.0897088301		
	กลุ่มกฎหมาย		โทร. 0 4242 923 ต่อ 110 โทร 0 4241 3064		

ตัวชี้วัดที่ 1	คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ
1.3/1.3/-	ร้อยละส่วนราชการและหน่วยงานสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผล
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การตรวจสอบภายใน หมายความว่า กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรม และเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานของรัฐให้ดีขึ้น และจะช่วยให้หน่วยงานของรัฐบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุง ประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้าง ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการ ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ การบริหารความเสี่ยง หมายความว่า การนำความเสี่ยงที่มีอยู่ทั้งในระดับส่วนราชการ และระดับ หน่วยงานมาดำเนินการวิเคราะห์หาระดับของความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการควบคุมใน รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในตามแบบ ปค. 5 วัตถุประสงค์ 1) การตรวจสอบภายใน เพื่อให้ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 ผลการ ปฏิบัติงานสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับหน่วยรับตรวจ และสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการส่งเสริมให้ส่วน ราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ บรรลุ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด 2) การควบคุมภายใน เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในและการบริหาร ความเสี่ยงที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 และที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คำนิยาม หน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ส่วนราชการ และหน่วยงานอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้กำกับดูแล หมายความว่า บุคคลหรือคณะบุคคล ผู้หน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลหรือบังคับบัญชา ของหน่วยงานของรัฐ หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร หมายความว่า ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานของรัฐ ผู้ตรวจสอบภายใน หมายความว่า ผู้ดำรงตำแหน่งตรวจสอบภายในของหน่วยงานหรือดำรงตำแหน่ง อื่นที่ทำหน้าที่เช่นเดียวกับผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงานของรัฐ การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหารและบุคลากรหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงาน ของหน่วยงานรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ ความเสี่ยง หมายความว่า ความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งอาจเกิดขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อ การบรรลุวัตถุประสงค์ คำจำกัดความเฉพาะ หน่วยงานของรัฐ หมายถึง องค์การหรือหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐตามคำนิยามในหลักเกณฑ์ กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 ส่วนงานย่อย หมายถึง ส่วนงานภายใต้หน่วยงานของรัฐ ตามโครงสร้างการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

	(กำหนดให้เป็นหน่วยรับผิดชอบ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/แผนกต่าง ๆ รวมถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กำหนดให้เป็นส่วนงานย่อย ของหน่วยรับตรวจนั้น ๆ)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง โรงพยาบาล 9 แห่ง												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : 2 แห่ง (รพ./สสอ.)												
วิธีการประเมิน	ใช้การติดตามประเมินผลระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ใช้ข้อมูลรอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2565 (เกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดปี 2566) และการดำเนินงาน – ธันวาคม 2565 รอบที่ 2 ใช้ข้อมูลรอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566)												
ระดับจังหวัด	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ได้รับ การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน (รพ./สสอ.)												
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 60	2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 70	3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 80	4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 90	5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 60												
2	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 70												
3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 80												
4	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 90												
5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ ร้อยละ 100												
ระดับ คปสอ.	จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของ คปสอ. ที่คะแนนร้อยละ 90												
รายการข้อมูล 1	จำนวนหน่วยงานระดับอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของ คปสอ. ที่คะแนนร้อยละ 90												
รายการข้อมูล 2	-												
สูตรคำนวณ	A												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของ คปสอ. แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>ไม่มีหน่วยรับผิดชอบผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ 1 แห่ง</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ 2 แห่ง</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	ไม่มีหน่วยรับผิดชอบผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ	3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ 1 แห่ง	5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ 2 แห่ง				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
0	ไม่มีหน่วยรับผิดชอบผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ												
3	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ 1 แห่ง												
5	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบตรวจสอบฯควบคุมภายในฯ 2 แห่ง												
ระดับ หน่วยรับผิดชอบ	คะแนนผลการประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับผิดชอบ												
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลการประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับผิดชอบ												
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนรวมเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับผิดชอบ												

สูตรคำนวณ	(A/B) x 100						
เกณฑ์การประเมิน หน่วยรับรอง รพท./รพช./สสอ.	จำนวนคะแนนผลการประเมินระบบการตรวจสอบภายในการควบคุมภายในฯ ของหน่วยรับรอง แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้						
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	คะแนนผลการประเมินระบบตรวจสอบควบคุมภายในฯ ร้อยละ 50					
	2	คะแนนผลการประเมินระบบตรวจสอบควบคุมภายในฯ ร้อยละ 60					
	3	คะแนนผลการประเมินระบบตรวจสอบควบคุมภายในฯ ร้อยละ 70					
	4	คะแนนผลการประเมินระบบตรวจสอบควบคุมภายในฯ ร้อยละ 80					
	5	คะแนนผลการประเมินระบบตรวจสอบควบคุมภายในฯ ร้อยละ 90					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2563	2564	2565	
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน		ร้อยละ	88.89	77.78	-	
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน (ผ่าน 16/18 แห่ง)		ร้อยละ	-	-	88.89	
	ผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ปีงบประมาณ 2565						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลคะแนนร้อยละ	
						รพ.	สสอ.
	1	เมืองหนองคาย	2	2	100	95	94
	2	ท่าบ่อ	2	1	50	85	90
	3	โพนพิสัย	2	2	100	96	95
	4	ศรีเชียงใหม่	2	1	50	88	91
	5	สังคม	2	2	100	91	93
	6	สระใคร	2	2	100	90	92
	7	เผ่าไร่	2	2	100	96	96
	8	รัตนวาปี	2	2	100	90	96
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100	93	91
		รวม	18	16	88.89		
		รวม คปสอ.	9	7	77.78		
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ที่กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด						
	2. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่						
	2.1 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับ หน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561						
	2.2 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับ หน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561						
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวอริญญา มีลาน			โทร. 09 8175 7142			
	2. นายชัยมงคล ชัยสว่าง			โทร. 08 1260 7907			
	งานตรวจสอบภายใน			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 124, 134			

เกณฑ์การประเมินระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน (หน่วยรับตรวจ)
(หน่วยงานระดับ สจจ./สสอ./รพ.)

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน
คะแนน 90 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

1. การประเมินผลการตรวจสอบภายใน

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

ประเด็นการประเมินผล	รายการประเมิน	คะแนน
1. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบภายใน ของหน่วยงานและการดำเนินงาน	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ของ หน่วยงาน (ภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ)	5
	2. รายงานการประชุมคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ภายใน ของหน่วยงาน (ภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ)	5
2. การวางแผนการสอบทานการตรวจสอบภายใน ทุกกิจกรรมที่กำหนด และครอบคลุมทุกหน่วยงาน	3. แผนการตรวจสอบภายใน ของภาคีเครือข่ายระดับ อำเภอ (หนังสือ/กำหนดการ/แผนปฏิบัติการตรวจ)	5
	4. การวิเคราะห์ ประเมิน และพิจารณาความเสี่ยงจาก การสอบทานตรวจสอบภายในของหน่วยงาน (ตารางประเมินจัดลำดับความเสี่ยง)	5
3. การจัดทำและส่งรายงานการสอบทานการตรวจสอบ ภายในได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องทันตามกำหนดเวลา	5. รายงานผลการสอบทานการตรวจสอบภายใน ทุกกิจกรรมที่กำหนด และครอบคลุมทุกหน่วยงาน (สำเนาแบบสอบทานที่ใช้ในการตรวจสอบภายใน)	5
	6. รายงานแนวทางปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องจากการ ตรวจสอบภายในของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด	5
4. การนำผลการตรวจสอบภายใน ไปสู่การปฏิบัติ อย่างครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิด ประสิทธิภาพประสิทธิผล และลดความเสี่ยงได้	7. บันทึกแจ้งเวียน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึง มาตรการป้องกัน/ลดความเสี่ยง จากการตรวจสอบ ภายในภาคีเครือข่ายจังหวัด/อำเภอ ให้บุคลากรใน หน่วยงานได้รับทราบและถือปฏิบัติ	10
5. การติดตามและรายงานผลการตรวจสอบภายใน โดย มีการปรับปรุงระบบงานตามผลการตรวจสอบภายใน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	8. สรุปผลการตรวจสอบภายใน ของภาคีเครือข่ายระดับ อำเภอ	10
รวมคะแนนเต็ม		50

2.การประเมินผลการควบคุมภายใน

การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ประเด็น 10 รายการประเมิน คะแนนเต็ม 50 คะแนน ดังนี้

ประเด็นการประเมินผล	รายการประเมิน	คะแนน
1. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายใน ของหน่วยงานและการดำเนินงาน	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานควบคุมภายใน และรายงานการประชุมคณะกรรมการ/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 และพิจารณาความเสี่ยง ครอบคลุมกระบวนการงาน 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/ลดความเสี่ยง หรือแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน (จาก แบบ ปค.5)	5
5. การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	9. แผนการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (รวมในแผนการตรวจสอบภายในระอ้าเภอ)	5
	10. สรุปรายงานผลการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (รวมในสรุปผลตามแผนการตรวจสอบภายในระอ้าเภอ)	5
รวมคะแนนเต็ม		50

ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพ																																																																																																																																																																																																																																																
2.1/2.1/2	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 100																																																																																																																																																																																																																																																
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																																																
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																																																																																																																																																																																
คำอธิบาย	หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย โรงพยาบาล หนองคายโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1. หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน 1. การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย (1) บัญชีเงินสด (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร (3) รายงานวัสดุคงคลัง (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท 2. จัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป 3. ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป 4. ส่งรายงานการนำเข้าข้อมูลเงินนอกงบประมาณ (บข11) ให้ สสจ. ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป เพื่อนำเข้าระบบ GFMS เกณฑ์การให้คะแนนระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน <table><tr><th>รายการตรวจสอบ</th><th>จำนวนข้อ</th><th>N1</th><th>N2</th><th>N3</th><th>Fre e</th><th>คะแนนเต็ม</th><th>คะแนนที่ได้</th></tr><tr><td>1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย</td><td>21</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>42</td><td>0</td></tr><tr><td>1.3 การบันทึกบัญชีเงินอุดหนุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ</td><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>8</td><td>0</td></tr><tr><td>1.4 การรับเงินบริจาค</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.5 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากคลัง/เงินฝากธนาคาร</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.6 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีเงินกัน Virtual Account</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.7 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีค่าตอบแทนเสี่ยงภัย COVID-19</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.8 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีรับงบเงินกู้ COVID-19</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>1.9 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีโอนเงิน หรือสินทรัพย์ถาวรงบเงินกู้</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.1 Electronic File</td><td>15</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>30</td><td>0</td></tr><tr><td>2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี</td><td>16</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>32</td><td>0</td></tr><tr><td>2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้</td><td>14</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้</td><td>48</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>96</td><td>0</td></tr><tr><td>2.6 ค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>2.7 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>3. วัสดุคงเหลือ</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>12</td><td>0</td></tr><tr><td>4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่น ๆ</td><td>11</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>22</td><td>0</td></tr><tr><td>6. รายได้คำรักษาพยาบาล</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี</td><td>16</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>32</td><td>0</td></tr><tr><td>7. ค่าใช้จ่าย</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7.1 มีการบันทึกบัญชีค่าใช้จ่าย เป็นไปตามนโยบายบัญชี สปสร.</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>10</td><td>0</td></tr><tr><td>7.2 ตรวจสอบหลักฐานการจ่ายให้ตรงกับกรบันทึกบัญชี</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>8. เอกสารการลงบัญชี</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>ผลรวมคะแนน 172 ข้อ</td><td>172</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>344</td><td>0</td></tr><tr><td>รวมคะแนนทั้งหมด</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>N=(n1+n2+n3) คะแนน =100% N คะแนน =100* (R33)/(P34)</td><td>0</td></tr></table> คิดเป็นร้อยละ	รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1	N2	N3	Fre e	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร								1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1	0	0	0	0	2	0	1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย	21	0	0	0	0	42	0	1.3 การบันทึกบัญชีเงินอุดหนุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ	4	0	0	0	0	8	0	1.4 การรับเงินบริจาค	1	0	0	0	0	2	0	1.5 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากคลัง/เงินฝากธนาคาร	1	0	0	0	0	2	0	1.6 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีเงินกัน Virtual Account	1	0	0	0	0	2	0	1.7 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีค่าตอบแทนเสี่ยงภัย COVID-19	1	0	0	0	0	2	0	1.8 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีรับงบเงินกู้ COVID-19	1	0	0	0	0	2	0	1.9 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีโอนเงิน หรือสินทรัพย์ถาวรงบเงินกู้	1	0	0	0	0	2	0	2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น								2.1 Electronic File	15	0	0	0	0	30	0	2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	16	0	0	0	0	32	0	2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14	0	0	0	0	28	0	2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1	0	0	0	0	2	0	2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	48	0	0	0	0	96	0	2.6 ค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ	1	0	0	0	0	2	0	2.7 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์	1	0	0	0	0	2	0	3. วัสดุคงเหลือ	6	0	0	0	0	12	0	4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์	3	0	0	0	0	6	0	5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่น ๆ	11	0	0	0	0	22	0	6. รายได้คำรักษาพยาบาล								6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	16	0	0	0	0	32	0	7. ค่าใช้จ่าย								7.1 มีการบันทึกบัญชีค่าใช้จ่าย เป็นไปตามนโยบายบัญชี สปสร.	5	0	0	0	0	10	0	7.2 ตรวจสอบหลักฐานการจ่ายให้ตรงกับกรบันทึกบัญชี	1	0	0	0	0	2	0	8. เอกสารการลงบัญชี	2	0	0	0	0	4	0	ผลรวมคะแนน 172 ข้อ	172	0	0	0	0	344	0	รวมคะแนนทั้งหมด	0				0	N=(n1+n2+n3) คะแนน =100% N คะแนน =100* (R33)/(P34)	0
รายการตรวจสอบ	จำนวนข้อ	N1	N2	N3	Fre e	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้																																																																																																																																																																																																																																										
1. เงินสดและเงินฝากธนาคาร																																																																																																																																																																																																																																																	
1.1 การรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคาร	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.2 การบันทึกบัญชีถูกต้องเป็นไปตามนโยบาย	21	0	0	0	0	42	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.3 การบันทึกบัญชีเงินอุดหนุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะสิทธิ	4	0	0	0	0	8	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.4 การรับเงินบริจาค	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.5 ตรวจสอบความถูกต้องงบพิสูจน์ยอดเงินฝากคลัง/เงินฝากธนาคาร	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.6 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีเงินกัน Virtual Account	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.7 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีค่าตอบแทนเสี่ยงภัย COVID-19	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.8 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีรับงบเงินกู้ COVID-19	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
1.9 ตรวจสอบ การบันทึกบัญชีโอนเงิน หรือสินทรัพย์ถาวรงบเงินกู้	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
2. ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น																																																																																																																																																																																																																																																	
2.1 Electronic File	15	0	0	0	0	30	0																																																																																																																																																																																																																																										
2.2 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	16	0	0	0	0	32	0																																																																																																																																																																																																																																										
2.3 นโยบายการตัดส่วนต่างลูกหนี้	14	0	0	0	0	28	0																																																																																																																																																																																																																																										
2.4 การ MAPPING (จับคู่) สิทธิคำรักษา	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
2.5 ทะเบียนคุมลูกหนี้	48	0	0	0	0	96	0																																																																																																																																																																																																																																										
2.6 ค่าเผื่อนหนี้สงสัยจะสูญ	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
2.7 ลูกหนี้คำรักษาพยาบาล UC OPD/IPD ใน CUP ต้องเป็น ศูนย์	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
3. วัสดุคงเหลือ	6	0	0	0	0	12	0																																																																																																																																																																																																																																										
4. ที่ดิน(ถ้ามี)อาคารและครุภัณฑ์	3	0	0	0	0	6	0																																																																																																																																																																																																																																										
5. เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและหนี้สินอื่น ๆ	11	0	0	0	0	22	0																																																																																																																																																																																																																																										
6. รายได้คำรักษาพยาบาล																																																																																																																																																																																																																																																	
6.1 การรับรู้เป็นไปตามนโยบายบัญชี	16	0	0	0	0	32	0																																																																																																																																																																																																																																										
7. ค่าใช้จ่าย																																																																																																																																																																																																																																																	
7.1 มีการบันทึกบัญชีค่าใช้จ่าย เป็นไปตามนโยบายบัญชี สปสร.	5	0	0	0	0	10	0																																																																																																																																																																																																																																										
7.2 ตรวจสอบหลักฐานการจ่ายให้ตรงกับกรบันทึกบัญชี	1	0	0	0	0	2	0																																																																																																																																																																																																																																										
8. เอกสารการลงบัญชี	2	0	0	0	0	4	0																																																																																																																																																																																																																																										
ผลรวมคะแนน 172 ข้อ	172	0	0	0	0	344	0																																																																																																																																																																																																																																										
รวมคะแนนทั้งหมด	0				0	N=(n1+n2+n3) คะแนน =100% N คะแนน =100* (R33)/(P34)	0																																																																																																																																																																																																																																										

เกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

คะแนนดิบ			เกรด
95	-	100	A
85	-	94.99	B
75	-	84.99	C
65	-	74.99	D
0	-	64.99	F

2. หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง

ระดับสาธารณสุขอำเภอ

- การบันทึกบัญชีขั้นต้น/การบันทึกบัญชีขั้นปลาย
 - (1) บัญชีเงินสด
 - (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร
 - (3) รายงานวัสดุคงคลัง
 - (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน
 - (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร
 - (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี
 - (7) การจัดทำรายงานงบการเงิน
 - (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท
- การจัดส่งเอกสารเพื่อจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างให้กับ สสจ. เป็นประจำทุกเดือนภายในวันที่ 18 ของเดือนถัดไป
- ส่งรายงานทางการเงินทาง Website (www.hfo.moph.go.th) ภายในวันที่ 20 ของเดือน

เกณฑ์การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพบัญชี สาธารณสุขอำเภอ

แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	1. งบทดลอง	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน	1
	2. ใบสำคัญการบันทึกบัญชีด้านรับแบบหลักฐาน	2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับ งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร/ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร/สมุดเงินสด 401	1
	3. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 (ก่อนวันรับตรวจ 1 วัน)	3.ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวัน และ งบทดลอง	1
	4. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร (ทุกธนาคาร)	4. ตรวจสอบสำเนาใบนำฝากธนาคารกับสมุดคู่ฝากธนาคารและจำนวนเงินที่บันทึกบัญชีกับวันที่ที่บันทึกบัญชีต้องตรงกัน	1
	5. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	5. การรับรู้เงินสดเงินฝากธนาคารต้องตรงกับวันที่ในใบเสร็จรับเงิน	1
	6. ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร	6. การบันทึกจ่ายตรงกับวันที่จ่ายในทะเบียนคุมจ่ายเช็ค	1
2. รายงานวัสดุคงคลัง	7. สมุดเงินสด 401	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลังถูกต้องตรงกันกับรายงานวัสดุคงคลังประจำเดือนและกับงบทดลอง	1
	8. ทะเบียนคุมเช็ค		
	9. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม		
3. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม	1.ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืมตรงกับงบทดลอง	1
	2. งบทดลอง	2.รายงานลูกหนี้เงินยืมประจำเดือนตรงกับงบทดลอง	1
	3. รายงานลูกหนี้เงินยืม	3. การบันทึกบัญชีรับรู้ลูกหนี้เงินยืมถูกต้อง	1
4. รายงานทรัพย์สินถาวร	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์	1. ราคาทุน และค่าเสื่อมราคาในทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ตรงกับงบทดลอง	1
	2. งบทดลอง	2. ตรวจสอบค่าเสื่อมราคาสะสม (ยอดยกไป) ผลต่างระหว่างงบทดลองกับตารางค่าเสื่อมราคา +/- ไม่เกิน 1 บาท ของสินทรัพย์แต่ละประเภท โดยค่าเสื่อมราคาสะสมต้องไม่เกินมูลค่าของสินทรัพย์	1

		3. รายงานค่าเสื่อมราคาโดยมีผู้รับผิดชอบลงนามรับรอง	1
5. บันทึกรายได้งบประมาณงบบุคลากร	1. รายละเอียดเงินเดือนจาก สสจ.	1. รับรู้รายได้งบประมาณงบบุคลากรถูกต้องตามรายละเอียดเงินเดือนจาก สสจ.	1
6. รายงานค่าสุทธิผิดด้าน	1. งบทดลอง	1. ค่าสุทธิอยู่ถูกคู่บัญชี	1
7. การจัดเก็บเอกสารการบันทึกบัญชี	1. ใบสำคัญการบันทึกบัญชี Voucher รายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI) 2. สรุปรายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI)	1. มีการพิมพ์เอกสารประกอบการบันทึกบัญชี (Voucher) พร้อมลงลายมือชื่อของผู้จัดทำหรือผู้ลงบัญชี ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติ (ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป)	1
		2. มีการจัดเรียงเอกสารตามวันที่และแยกเก็บตามรายงานสรุปรายวันหรือรายงานรายการรายวัน	1
8. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา (hfo.cfo.in.th)	1. รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองภายในเวลาที่กำหนดคะแนนการส่งงบทดลองเต็ม 50 คะแนน	3
รวม			20

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้

คุณภาพบัญชีระดับ 95 - 100 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 5 เกรด A
 คุณภาพบัญชีระดับ 85 - 94.99 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 4 เกรด B
 คุณภาพบัญชีระดับ 75 - 84.99 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3 เกรด C
 คุณภาพบัญชีระดับ 65 - 74.99 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 2 เกรด D
 คุณภาพบัญชีระดับ 0 - 64.99 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 1 เกรด F

3. หลักเกณฑ์การให้คะแนนและแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างระดับ รพ.สต.

- การบันทึกบัญชีขึ้นต้น/การบันทึกบัญชีขึ้นปลาย
 - (1) บัญชีเงินสด
 - (2) บัญชีเงินฝากธนาคาร
 - (3) รายงานวัสดุคงคลัง
 - (4) รายงานเงินคงเหลือประจำวัน
 - (5) รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร
 - (6) บัญชีแยกประเภททุกบัญชี
 - (7) การจัดทำรายงานงบ-การเงิน
 - (8) ทะเบียนคุมทุกประเภท
- มีการประชุมร่วมกับแม่ข่าย เพื่อตรวจสอบเอกสารบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นประจำทุกเดือน
- ส่งรายงานทางการเงินทาง Website ภายในวันที่ 24 ของทุกเดือน

รายละเอียดประกอบการให้คะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

แนวทางการประเมิน	หลักฐานประกอบ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407	1. งบทดลอง	1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 มีการลงนามครบถ้วน	1
	2. ใบสำคัญการบันทึกบัญชีด้านรับแนบหลักฐาน	2. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 เท่ากับงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร/ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร/สมุดเงินสด 401	1
	3. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน 407 (ก่อนวันรับตรวจ 1 วัน)	3. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวัน และ งบทดลอง	1
	4. งบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร (ทุกธนาคาร)	4. ตรวจสอบสำเนาใบนำฝากธนาคารกับสมุดคู่ฝากธนาคารและจำนวนเงินที่บันทึกบัญชีกับวันที่บันทึกบัญชีต้องตรงกัน	1
	5. บัญชีแยกประเภทเงินสด/เงินฝากธนาคาร	5. การรับรู้เงินสดเงินฝากธนาคารต้องตรงกับวันที่ในใบเสร็จรับเงิน	1
	6. ทะเบียนคุมเงินฝาก-ถอนธนาคาร	6. การบันทึกจ่ายตรงกับวันที่จ่ายในทะเบียนคุมจ่ายเช็ค	1
	7. สมุดเงินสด 401		
	8. ทะเบียนคุมเช็ค		
	9. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม		

	2. รายงานวัสดุคงคลัง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลัง 2. รายงานวัสดุคงคลังรายเดือน (มีการลงนามรับรอง) 3. จบทดลอง	1. ทะเบียนคุมวัสดุคงคลังถูกต้องตรงกันกับรายงานวัสดุคงคลังประจำเดือนและกับงบทดลอง	1
	3. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืม 2. จบทดลอง 3. รายงานลูกหนี้เงินยืม	1. ทะเบียนคุมลูกหนี้เงินยืมตรงกับงบทดลอง	1
			2. รายงานลูกหนี้เงินยืมประจำเดือนตรงกับงบทดลอง	1
			3. การบันทึกบัญชีรับรู้ลูกหนี้เงินยืมถูกต้อง	1
	4. รายงานทรัพย์สินถาวร	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ 2. จบทดลอง 3. ทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์	1. ราคาทุน และค่าเสื่อมราคาในทะเบียนคุมค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ตรงกับงบทดลอง	1
			2. ตรวจสอบค่าเสื่อมราคาสะสม (ยอดยกไป) ผลต่างระหว่างงบทดลองกับตารางค่าเสื่อมราคา +/- ไม่เกิน 1 บาท ของสินทรัพย์แต่ละประเภท โดยค่าเสื่อมราคาสะสมต้องไม่เกินมูลค่าของสินทรัพย์	1
			3. รายงานค่าเสื่อมราคาโดยมีผู้รับผิดชอบลงนามรับรอง	1
	5. บันทึกรายได้งบประมาณงบบุคลากร	1. รายละเอียดเงินเดือนจาก สสจ.	1. รับรู้รายได้งบประมาณงบบุคลากรถูกต้องตามรายละเอียดเงินเดือนจาก สสจ.	1
	6. รายงานค่าสุทธิผิดด้าน	1. จบทดลอง	1. ค่าสุทธิอยู่ถูกต้องบัญชี	1
	7. การจัดเก็บเอกสารการบันทึกบัญชี	1. ใบสำคัญการบันทึกบัญชี Voucher รายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI) 2. สรุปรายวันรับ/จ่าย/ทั่วไป/ลูกหนี้/ซื้อ (Print MPI)	1. มีการพิมพ์เอกสารประกอบการบันทึกบัญชี (Voucher) พร้อมลงลายมือชื่อของผู้จัดทำหรือผู้ลงบัญชี ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติ (ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป)	1
			2. มีการจัดเรียงเอกสารตามวันที่และแยกเก็บตามรายงานสรุปรายวันหรือรายงานรายการรายวัน	1
	8. ส่งรายงานงบทดลองทันเวลา (hfo.cfo.in.th)	1. รายงานการส่งงบทดลอง (Print จาก hfo.cfo.in.th)	1. ส่งงบทดลองภายในเวลาที่กำหนดคะแนนการส่งงบทดลองเต็ม 50 คะแนน	3
รวม				20
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้าง 5 ระดับ ดังนี้ คุณภาพบัญชีระดับ 95 - 100 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 5 เกรด A คุณภาพบัญชีระดับ 85 - 94.99 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 4 เกรด B คุณภาพบัญชีระดับ 75 - 84.99 คะแนน เท่ากับระดับคะแนน 3 เกรด C คุณภาพบัญชีระดับ 65 - 74.99 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 2 เกรด D คุณภาพบัญชีระดับ 0 - 64.99 คะแนนเท่ากับระดับคะแนน 1 เกรด F				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง			
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 100 ระดับ รพ.สต./รพ./สสอ. : ผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A			
วิธีการประเมิน	1. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัด 2. ประเมิน โดยคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับเขต			

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A (2 ครั้งต่อปี) รอบที่ 1 เดือน ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 เดือน มีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566				
ระดับ	จังหวัด/คปสอ.				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 60			
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 70			
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 80			
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 90			
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 100			
ระดับ รพ.สต.	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ร้อยละ 100				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต. - รพ./สสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ F			
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ D			
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ C			
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ B			
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2563	2564
				2565	
	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การบันทึกบัญชี ระดับ A ร้อยละ 100		ร้อยละ	89.13	100

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน			ร้อยละ
				รพท./รพช.	สสอ.	รพ.สต.	
	1	หนองคาย	19	1	1	17	100
	2	ท่าบ่อ	12	1	1	10	100
	3	โพนพิสัย	17	1	1	15	100
	4	ศรีเชียงใหม่	8	1	1	6	100
	5	สังคม	7	1	1	5	100
	6	สระใคร	5	1	1	3	100
	7	เฝ้าไร่	9	1	1	7	100
	8	รัตนวาปี	8	1	1	6	100
	9	โพธิ์ตาก	7	1	1	5	100
		รวม	92	9	9	74	100
	เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือตรวจสอบคุณภาพบัญชี Version 9 ปีงบประมาณ 2565 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8) 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีและตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการในจังหวัดหนองคาย					
ผู้รับผิดชอบ	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป					โทร. 0 4241 3233 ต่อ 135	
	นางชญาภา อุปดิษฐ์ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ					โทร. 09 7924 5469	
	นางสาวอริญญา มีลาน ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ					โทร. 09 8175 7142	
	นางสาวจิระวรรณ ฤทธิ์เรืองนาม ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี					โทร. 08 8068 4106	

ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพ																																																																																																	
2.2/2.2/-	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และ ไม่มีภาวะวิกฤติการเงินรุนแรง (Risk Score<6) (ค่าเป้าหมายส่วนกลาง : ร้อยละ รพ. ที่มีความเสี่ยงระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และ ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4)																																																																																																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																																																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																																																	
คำอธิบาย	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของ โรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score) อย่างน้อย 10.5 คะแนนขึ้นไป และควบคุม ภาวะวิกฤติทางการเงินไม่ให้ถึงขั้นรุนแรง (Risk Score < 6) ทั้งนี้ หากมีภาวะวิกฤติการเงิน ต้องมีแผนปรับปรุง ประสิทธิภาพและรายงานผลการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังในประเด็นที่เฝ้าระวัง ประกอบด้วย <table><tr><th>ลำดับ</th><th>ตัวชี้วัด</th><th>เป้าหมาย</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td colspan="4">1. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)</td></tr><tr><td colspan="3">1.1 ด้านการบริหารแผนการเงิน (Planfin) 2 คะแนน</td><td>2.0</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>1.1.1 แผนรายได้</td><td>± 5%</td><td>1.0</td></tr><tr><td>1.1.2 แผนค่าใช้จ่าย</td><td>± 5%</td><td>1.0</td></tr><tr><td colspan="3">1.2 ด้านการบริหารต้นทุนบริการและค่าใช้จ่าย 2 คะแนน</td><td>2.0</td></tr><tr><td rowspan="6"></td><td>1.2.1 Unit Cost for OP</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr><tr><td>1.2.2 Unit Cost for IP</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr><tr><td>1.2.3 LC (ค่าแรง)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr><tr><td>1.2.4 MC (ค่ายา)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr><tr><td>1.2.5 MC (ค่า Lab)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr><tr><td>1.2.6 MC (ค่าเวชภัณฑ์)</td><td>ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>0.5</td></tr><tr><td colspan="3">1.3 ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน</td><td>4.0</td></tr><tr><td rowspan="5"></td><td>ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชีเยา</td><td>≤ 90วัน</td><td>1.0</td></tr><tr><td>ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC</td><td>≤ 60วัน</td><td>0.5</td></tr><tr><td>ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ</td><td>≤ 60 วัน</td><td>0.5</td></tr><tr><td>การบริหารสินค้าคงคลัง</td><td>≤ 3 เดือน</td><td>1.0</td></tr><tr><td>คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น</td><td>100%</td><td>1.0</td></tr><tr><td colspan="3">1.4 ด้านการบริหารสินทรัพย์ 2 คะแนน</td><td>2.0</td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน</td><td>≥80% หรือเพิ่มขึ้น 5%</td><td>1.0</td></tr><tr><td>Sum of AdjRW</td><td>เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5%</td><td>1.0</td></tr><tr><td colspan="4">2.ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน</td></tr><tr><td>2.1</td><td>ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)</td><td>เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr><tr><td>2.2</td><td>อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)</td><td>เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.</td><td>1.0</td></tr><tr><td>2.3</td><td>ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital)</td><td>≥ 0</td><td>1.0</td></tr><tr><td>2.4</td><td>ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA)</td><td>≥ 0</td><td>1.0</td></tr><tr><td>2.5</td><td>Cash Ratio</td><td>≥ 0.8</td><td>1.0</td></tr></table>	ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนน	1. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)				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	1.2.6 MC (ค่าเวชภัณฑ์)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5	1.3 ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน			4.0		ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชีเยา	≤ 90วัน	1.0	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC	≤ 60วัน	0.5	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ	≤ 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				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
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนน																																																																																															
1. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)																																																																																																		
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																																																																																															
	1.2.6 MC (ค่าเวชภัณฑ์)	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	0.5																																																																																															
1.3 ด้านการบริหารจัดการบัญชีและการเงิน 4 คะแนน			4.0																																																																																															
	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชีเยา	≤ 90วัน	1.0																																																																																															
	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC	≤ 60วัน	0.5																																																																																															
	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ	≤ 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																																																																																																		
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																																																																																															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล																																																																																																	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : โรงพยาบาลมีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5 จำนวน 9 แห่ง ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง> 10.5 คะแนนและ RiskScore<6																																																																																																	
วิธีการประเมิน	ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมิน โดยใช้ข้อมูล จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)																																																																																																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565– ธันวาคม 2565 (สิ้นไตรมาส 1) รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565– มิถุนายน 2566 (สิ้นไตรมาส 3)																																																																																																	
ระดับ จังหวัด	โรงพยาบาลมีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์ทั้ง 9 แห่ง																																																																																																	

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลมีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ตามเกณฑ์					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.มีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ 5 แห่ง				
	2	รพ.มีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง				
	3	รพ.มีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ 7 แห่ง				
	4	รพ.มีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ 8 แห่ง				
	5	รพ.มีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ 9 แห่ง				
ระดับ คปสอ.	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง > 10.5 คะแนนและ Risk Score<6					
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลลัพธ์ตามเกณฑ์เฝ้าระวัง					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง < 7.5 คะแนน				
	2	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 7.5-9.0 คะแนน				
	3	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 9.0-10.4 คะแนน				
	4	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ 10.5 คะแนน				
	5	หน่วยบริการได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ≥ 10.5 คะแนนและRiskScore<6				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score)		แห่ง	3/9	8/9	3/9
	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (≤ ร้อยละ 2)		ร้อยละ	0	0	0
	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 6 (≤ ร้อยละ 4)		ร้อยละ	1	1	0
	*ผลการประเมิน CUP รอบ2/2565					
เอกสารอ้างอิง	1. แผนประมาณการรายได้-รายจ่าย (planfin) เทียบกับ รายงานทางการเงินจากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)และแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน 2. รายงานคุณภาพรายงานทางการเงิน จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th) 3. รายงานสถานะทางการเงินหน่วยบริการ จากเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th) 4. รายงาน/สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 5. รายงานข้อมูลบริการสุขภาพ OPPP- https://hdcservice.moph.go.th และ IP- https://cmi.moph.go.th					
ผู้รับผิดชอบ	นางอัญชลีพร วุฒิเป็ก กลุ่มงานประกันสุขภาพ (เลขาฯ CFO จังหวัด)				โทร. 088-5639863	
	นายคัมภีร์ วงศ์วิเชียร กลุ่มงานประกันสุขภาพ (Risk/RCM/การลงทุน)				โทร. 089-8611597	
	นางชญาภา อุปดิษฐ์ งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)				โทร. 097-9245469	
	นางใจทิพ ดาวภคนันท์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ศูนย์จัดเก็บรายได้)				โทร. 089-7116536	
	นางสาวอริญญา มีลาน งานตรวจสอบภายใน (planfin/แผนเงินบำรุง)				โทร.	
	นางสาวจิระวรรณ ศรีอัคราช งานการเงินและบัญชี (คุณภาพบัญชี)				โทร.	
	นายเทพสถิตย์ แสบงบาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ (ข้อมูลบริการ/unit cost)				โทร.	

ตัวชี้วัดที่ 2	ผลการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังสุขภาพ																																											
2.3/2.3/-	หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้น (คะแนนประเมิน 81 คะแนนขึ้นไป)																																											
หน่วยวัด	ร้อยละคะแนน																																											
น้ำหนัก	ร้อยละ																																											
คำอธิบาย	ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ หมายถึง ศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้น (คะแนนร้อยละ 81 ขึ้นไป) <table><tr><td> Structure</td><td rowspan="4">4 S</td><td>มีศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้างที่กำหนดไว้</td></tr><tr><td> System</td><td>มีระบบการเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ</td></tr><tr><td> Staff</td><td>บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีวิสัยทัศน์ในการปฏิบัติงาน</td></tr><tr><td> Skill</td><td>บุคลากรได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ</td></tr><tr><td> Care</td><td rowspan="3">4 C</td><td>มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษารอบตัว และเป็นปัจจุบัน</td></tr><tr><td> Code</td><td>มีการบันทึกการรักษารายยาบาลรอบตัว และเป็นปัจจุบัน</td></tr><tr><td> Claim</td><td>มีการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ</td></tr><tr><td> Account</td><td></td><td>มีการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายให้กับหน่วยงานทันเวลาตามที่กำหนด</td></tr></table> เกณฑ์ประเมินผล <table><tr><td colspan="3">โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน 4S4C</td></tr><tr><td colspan="3">36 ข้อ 72 คะแนน+On site CSMB 14 ข้อ 28คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</td></tr><tr><th>GRADE</th><th>ระดับ</th><th>ช่วงคะแนน</th></tr><tr><td>A</td><td>ดีมาก</td><td>91 – 100</td></tr><tr><td>B</td><td>ดี</td><td>81 – 90</td></tr><tr><td>C</td><td>ปานกลาง</td><td>61 – 80</td></tr><tr><td>D</td><td>พอใช้</td><td>51 – 60</td></tr><tr><td>F</td><td>ปรับปรุง</td><td>น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนน</td></tr></table> หมายเหตุ : ผลการตรวจราชการรอบ 2/65 คะแนนเฉลี่ยผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90.67	 Structure	4 S	มีศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้างที่กำหนดไว้	 System	มีระบบการเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ	 Staff	บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีวิสัยทัศน์ในการปฏิบัติงาน	 Skill	บุคลากรได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ	 Care	4 C	มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษารอบตัว และเป็นปัจจุบัน	 Code	มีการบันทึกการรักษารายยาบาลรอบตัว และเป็นปัจจุบัน	 Claim	มีการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ	 Account		มีการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายให้กับหน่วยงานทันเวลาตามที่กำหนด	โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน 4S4C			36 ข้อ 72 คะแนน+On site CSMB 14 ข้อ 28คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้			GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน	A	ดีมาก	91 – 100	B	ดี	81 – 90	C	ปานกลาง	61 – 80	D	พอใช้	51 – 60	F	ปรับปรุง	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนน
 Structure	4 S	มีศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้างที่กำหนดไว้																																										
 System		มีระบบการเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ																																										
 Staff		บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีวิสัยทัศน์ในการปฏิบัติงาน																																										
 Skill		บุคลากรได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ																																										
 Care	4 C	มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษารอบตัว และเป็นปัจจุบัน																																										
 Code		มีการบันทึกการรักษารายยาบาลรอบตัว และเป็นปัจจุบัน																																										
 Claim		มีการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ																																										
 Account		มีการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายให้กับหน่วยงานทันเวลาตามที่กำหนด																																										
โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน 4S4C																																												
36 ข้อ 72 คะแนน+On site CSMB 14 ข้อ 28คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้																																												
GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน																																										
A	ดีมาก	91 – 100																																										
B	ดี	81 – 90																																										
C	ปานกลาง	61 – 80																																										
D	พอใช้	51 – 60																																										
F	ปรับปรุง	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนน																																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล																																											
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้น 9 แห่ง ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้น																																											
วิธีการประเมิน	ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินจากหลักฐานการดำเนินงานประกอบกับข้อมูลรายงานการส่งเบิกจากเว็บไซต์ของกองทุนที่เกี่ยวข้อง และรายงานในระบบบัญชี																																											

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565– ธันวาคม 2565 (สิ้นไตรมาส 1) รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566 (สิ้นไตรมาส 3)					
ระดับจังหวัด	รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป จำนวน 9 แห่ง					
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป จำนวน 5 แห่ง				
	2	รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป จำนวน 6 แห่ง				
	3	รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป จำนวน 7 แห่ง				
	4	รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป จำนวน 8 แห่ง				
	5	รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีขึ้นไป จำนวน 9 แห่ง				
ระดับ คปสอ.	ระดับดีขึ้นไป (คะแนนร้อยละ 81 ขึ้นไป ระดับคะแนน 4)					
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวัง					
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนผลลัพธ์ตามแนวทาง/เกณฑ์เฝ้าระวังทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับปรับปรุง				
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับพอใช้				
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับปานกลาง				
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดี				
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) ระดับดีมาก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C)		ร้อยละ	NA	89.53	90.67
เอกสารอ้างอิง	1.แบบประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C) 2.รายงานคุณภาพการจัดการข้อมูล E-claim จากเว็บไซต์ สปสช.เขต 8 อุดรธานี https://udonthani.nhso.go.th/mis_oracle/ip_performance.php?acno=4 และ https://udonthani.nhso.go.th/mis_hos/#/dashboard 3.รายงานจากโปรแกรมจัดเก็บรายได้ของหน่วยงาน					
ผู้รับผิดชอบ	นางอัญชลีพร วุฒิเบิก กลุ่มงานประกันสุขภาพ				โทร. 088-5639863	
	นายคัมภีร์ วงศ์วิเชียร กลุ่มงานประกันสุขภาพ				โทร. 089-8611597	
	นางใจทิพ ดาวภคินันท์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ				โทร. 089-7116536	

องค์ประกอบที่ 2 Agenda Base

ตัวชี้วัดที่ 3/3/3	ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป
หน่วยวัด	ร้อยละ 80
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior : HB) ปี2566 มีเป้าหมายคือ 1.ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพ 2.ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 1. ร้อยละ 100 รพ.สต.มีการดำเนินงานชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (1. รพ.สต. 2. โรงเรียน 3. หมู่บ้าน) 1.1 รพ.สต. พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ระดับพัฒนาขึ้นไป ตามแนวทางบันได 7 ขั้น ได้แก่ 1. พัฒนาทีมงานสุขศึกษา 2. ศึกษาวิเคราะห์ปัญหา HL/HB ประชาชน ก่อนดำเนินการ 3. วางแผนงาน/โครงการ พัฒนา HL/HB ในกลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน ทั้งผู้ไม่ป่วย และผู้ป่วย 4. ดำเนินงานพัฒนาตามแผน 5. เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง 6. พัฒนานวัตกรรม 7. ติดตามประเมินผล - การพัฒนา รพ.สต. 23 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 3 ระดับ 1. พื้นฐาน 2. พัฒนา 3. คุณภาพ - ประเมินตนเองใน Health Gate รอบที่ 1 ก่อนดำเนินการ รอบที่ 2 หลังดำเนินการ 1.2 หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (วัยทำงาน อายุ15-60 ปี) ใช้หลัก 3อ.2ส. ตามแนวทางบันได 7 ขั้น ได้แก่ 1.สร้างทีมงานและเครือข่าย 2.วางแผนพัฒนาหมู่บ้าน 3.จัดกิจกรรมเรียนรู้ ฝึกทักษะ จัดปัจจัยแวดล้อม 4.เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ 5.ติดตามผลการพัฒนา 6.สร้างนวัตกรรมแก้ปัญหาสุขภาพและเพิ่มรายได้ 7.ถอดบทเรียน ขยายผล ต่อยอดสู่ความยั่งยืน - การพัฒนาในหมู่บ้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ 1.พัฒนา 2.ดี 3.ดีมาก 4.ดีเยี่ยม - แบบประเมิน HL/HB บน Google Form ประเมินการพัฒนาหมู่บ้านใน Health Gate 1.3 โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ (กลุ่มวัยเรียน อายุ7-14ปี) กลไกการขับเคลื่อน ได้แก่ ครูอาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายในพื้นที่ ผู้ปกครอง แกนนำนักเรียน ตามแนวทางบันได 7 ขั้น ได้แก่ 1.สร้างทีมงาน (ครู+ยุวอสม.) 2.ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล 3. ดำเนินการวางแผนและออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ 4.จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ 5. จัดสภาพแวดล้อมของโรงเรียน 6.ประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน 7.ขยายสู่ครอบครัว และชุมชน - การพัฒนาในโรงเรียน แบ่งเป็น 4 ระดับ 1.พัฒนา 2.ดี 3.ดีมาก 4.ดีเยี่ยม - แบบประเมิน HL/HB บน Google Form ประเมินการพัฒนาหมู่บ้านใน Health Gate - โปรแกรมฐานข้อมูล “ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข” ในเว็บไซต์กองสุขศึกษา 2. ร้อยละ 80 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป - ประเมินกลุ่มเป้าหมายวัยเรียนและวัยทำงาน ในหมู่บ้าน/โรงเรียนละ 50 คน บน Google Form ประเมินใน Health Gate - การประเมินระดับ HL/HB แบ่งเป็น 4 ระดับ 1.ไม่ดี 2.พอใช้ 3.ดี 4.ดีมาก 3. มีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ อย่างน้อยอำเภอละ 2 ชุมชน 1. รพ.สต.มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ 2. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีเยี่ยม 3. โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดีเยี่ยม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย วัยทำงานและวัยเรียน ในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม Health Gate					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : มีนาคม – สิงหาคม 2566					
ระดับ	จังหวัด/คปสอ./รพ.สต.					
รายการข้อมูล 1	A : กลุ่มเป้าหมายวัยทำงาน/วัยเรียน หมู่บ้าน/โรงเรียน ละ 50 คน					
รายการข้อมูล 2	B : กลุ่มเป้าหมายวัยทำงาน/วัยเรียน หมู่บ้าน/โรงเรียน ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 60				
	2	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 65				
	3	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70				
	4	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75				
	5	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป ปี 2564 ร้อยละ 60 ปี 2565 ร้อยละ 75		ร้อยละ/ อัตรา/ ขั้นตอน	65.45	72.56	81.71
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	10,300	9,235	75.08	
	2	ท่าบ่อ	6,600	5,456	82.67	
	3	โพนพิสัย	6,451	5,858	90.81	
	4	ศรีเชียงใหม่	2,270	1,816	80.00	
	5	สังคม	2,620	1,986	75.80	
	6	สระใคร	2,050	1,713	83.56	
	7	เผ่าไร่	3,650	3,445	94.38	
	8	รัตนวาปี	4,215	3,350	79.48	
	9	โพธิ์ตาก	1,942	1,541	79.35	
	10	พิสัยเวหา	-	-	-	
		รวม	42,098	34,400	81.71	
	เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน / โครงการ 2. แผนปฏิบัติงาน 3. แบบประเมิน Google Form 4. ตัวอย่างการเข้าประเมินในโปรแกรม Health Gate				
ผู้รับผิดชอบ	นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร			โทร. 088 -5602854		
	งาน สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์			โทร. 0 4242 923 ต่อ 121		

ตัวชี้วัดที่ 4	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4.1/4.1/4.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan
หน่วยวัด	ร้อยละ 95
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการ ดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง 3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกสัปดาห์ รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการ พัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) **** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย
วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายใน ระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มี คุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
เป้าหมาย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 95
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตาม ระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรม อนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศ

	ต่อไป					
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 หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม LTC รายงานประจำเดือนกรมอนามัย /ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในจังหวัดหนองคายที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ จังหวัด/ - ระดับ คปสอ./ - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	Care Plan ร้อยละ	30	55		
	2	Care Plan ร้อยละ	35	65		
	3	Care Plan ร้อยละ	40	75		
	4	Care Plan ร้อยละ	45	85		
	5	Care Plan ร้อยละ	50	95		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan		ร้อยละ	80.06	93.88	93.99

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565			
	อำเภอ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละการจัดทำ Care plan
	เมือง	1,236	1,171	94.74
	ท่าบ่อ	776	712	91.75
	โพนพิสัย	1,567	1,422	90.75
	ศรีเชียงใหม่	370	364	98.38
	สังคม	932	922	98.93
	สระใคร	288	273	94.79
	เผ่าไร่	333	296	88.89
	รัตนวาปี	206	205	99.51
	โพธิ์ตาก	173	153	88.44
	รวม	7,117	6,689	93.99
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม 3 C กรมอนามัย			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวเครือวัลย์ ใจหาญ		โทร. 097-2417644	
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4242 923 ต่อ 123	

ตัวชี้วัดที่ 4	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4.2/4.2/4.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพดีผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 2. แผนการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง แบบการวางแผนเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุและคนทุกกลุ่มวัย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี 3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง - การประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ : โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกรายรอบ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ (โดยขั้นตอนการประเมินตามคู่มือ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว กรมอนามัย)
วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและคนทุกกลุ่มวัย โดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL $\geq$ 12 ขึ้นไป ทุกสิทธิ์การรักษา
เป้าหมาย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน โปรแกรมแบบประเมิน Wellness Plan 6 องค์ประกอบ
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 หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)
วิธีการประเมิน	โปรแกรมแบบประเมิน Wellness Plan
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีแผนการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไปทุกคน

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัดหนองคายที่เข้าร่วมโครงการ Wellness Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไปทุกคน			
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด/ - ระดับ คปสอ./ - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	Wellness Plan ร้อยละ	25	30
	2	Wellness Plan ร้อยละ	30	35
	3	Wellness Plan ร้อยละ	35	40
	4	Wellness Plan ร้อยละ	40	45
	5	Wellness Plan ร้อยละ	45	50
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรมแบบประเมิน Wellness Plan กรมอนามัย			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวเครือวัลย์ ใจหาญ		โทร. 097-2417644	
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4242 923 ต่อ 123	

ตัวชี้วัดที่ 4	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ			
4.3/4.3/-	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่ กรมการแพทย์กำหนด) กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง กลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การ ตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ พลัดตกหกล้ม			
เกณฑ์เป้าหมาย : 3.1 และ 3.2				
รายการตัวชี้วัด		ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
3.1 ภาวะสมองเสื่อม		≥ ร้อยละ 30	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
3.1 ภาวะพลัดตกหกล้ม		≥ ร้อยละ 30	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพท./ รพช. ทุกแห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th) -			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม			

รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย 1)	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย 2)	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565 หมายเหตุ : รายงานให้ สสจ.เป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	1) ภาวะสมองเสื่อม			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	40	60
	2	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	50	70
	3	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	60	80
	4	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	70	90
	5	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	80	100
	2) ภาวะพลัดตกหกล้ม			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	40	60
	2	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	50	70
	3	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	60	80
	4	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	70	90
	5	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ	80	100
เกณฑ์การประเมิน ปี 2566				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
3.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 100
3.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 100

เกณฑ์การประเมิน ปี 2567				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
3.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 100
3.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 100
Small Success ปี 2566				
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
• การจัดทำคู่มือการลงข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ • การจัดทำระบบรายงานผลการประเมินผ่าน website • อบรมแนวทางการดำเนินงานและการลงบันทึกข้อมูล	• โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 1</u> โดยผ่าน Website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ • สถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับ ดูแลโรงพยาบาล ให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	• โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 2</u> โดยผ่าน Website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ • สถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุติดตาม กำกับ ดูแลโรงพยาบาล ให้ประเมินได้ตามเป้าหมาย	• โรงพยาบาลเป้าหมายทำการรายงานผล <u>รอบที่ 3</u> โดยผ่าน Website คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ • สถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และ ออกเป็นรายงานประจำ และส่งคืนข้อมูลให้กับ โรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ	
วิธีการประเมินผล	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต 3. website สถาบันเวชศาสตร์ ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์			
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการลงบันทึกคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 5. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสังฆราช ญานสงวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th			

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	หน่วยวัด		2563	2564	2565
	- ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		-	100	100
	- ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (หมายเหตุ – เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565)		-	100	100
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวเครือวัลย์ ใจหาญ		โทร. 097-2417644		
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4242 923 ต่อ 123		

ตัวชี้วัดที่ 5/5/-	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด : จำนวน ระดับ คปสอ. : ขึ้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง 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 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ขาดพันธุกลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม สิริะพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559) คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

	2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา UCCARE (รายละเอียดเกณฑ์การให้คะแนน UCCARE แนบท้ายตาราง) ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของประเด็นที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ปี 2566 อย่างน้อย 2 ประเด็น) วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561								
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)								
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ผ่านเกณฑ์ 9 อำเภอ ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน								
เกณฑ์การประเมิน ปี 2566									
	<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.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2.มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 3.มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด</td><td>1.มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามพื้นที่กำหนด 2.มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบาง 3.ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พชอ.ผ่าน CL UCCARE</td><td>1.ประเมินผลการดำเนินงานจากระบบ CL UCCARE 2.มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ</td><td>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85 2. พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ตามเป้าหมาย</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	1.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2.มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 3.มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1.มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามพื้นที่กำหนด 2.มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบาง 3.ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พชอ.ผ่าน CL UCCARE	1.ประเมินผลการดำเนินงานจากระบบ CL UCCARE 2.มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ	1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85 2. พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ตามเป้าหมาย
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
1.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2.มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 3.มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1.มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามพื้นที่กำหนด 2.มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบาง 3.ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พชอ.ผ่าน CL UCCARE	1.ประเมินผลการดำเนินงานจากระบบ CL UCCARE 2.มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ	1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85 2. พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ตามเป้าหมาย						
วิธีการประเมิน	1. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น 2. มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน 3. มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง 4. มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน 5. มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเอง (ผ่านโปรแกรม CL UCCARE) และผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ								

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565– กรกฎาคม 2566			
ระดับจังหวัด	อำเภอที่มี พชอ.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 9 อำเภอ			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ			
รายการข้อมูล 2	B : -			
สูตรคำนวณ	A			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	5 อำเภอ	5 อำเภอ
	2	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	6 อำเภอ	6 อำเภอ
	3	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	7 อำเภอ	7 อำเภอ
	4	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	8 อำเภอ	8 อำเภอ
	5	คณะกรรมการ พชอ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	9 อำเภอ	9 อำเภอ
ระดับ คปสอ.	ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน 3 ขั้นตอน			
	รอบที่ 2 ประเมิน 5 ขั้นตอน			
	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
			รอบ 1	รอบ 2
	1	- มีการสรรหาแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามเกณฑ์ 8:6:7 อย่างโปร่งใสเป็นธรรม - มีวาระการประชุมคณะกรรมการ พชอ.	1	1
	2	- มีสรุปการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น - มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบท - มีอนุกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ /พชต. รองรับการจัดการประเด็น	3	2
	3	- มีการดำเนินการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน - มีการประเมินตนเอง 2 ประเด็นที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยใช้ UCCARE ค้นข้อมูลการประเมินตนเองในวาระการประชุมคณะกรรมการเพื่อระดมแนวคิดแก้ไขปัญหา - มีแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด ที่สามารถปฏิบัติร่วมกันได้และนำสู่ผลลัพธ์	5	3
	4	- มีผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1 ประเด็น และการดูแลกลุ่มเปราะบาง - มีการติดตามผล/เสริมพลังและประเมินรับรองโดยทีมอำเภอและจังหวัด)	-	4
	5	- มีผลการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2 ประเด็น และการดูแลกลุ่มเปราะบาง - มีการติดตามผล/เสริมพลังและประเมินรับรองโดยทีมอำเภอและจังหวัด)	-	5

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ		จำนวน	9	9	9
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน		
	1	หนองคาย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	2	ท่าบ่อ	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	3	โพนพิสัย	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	4	ศรีเชียงใหม่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	5	สังคม	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	6	สระใคร	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	7	เผ่าไร่	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	8	รัตนวาปี	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
	9	โพธิ์ตาก	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
		รวม	9 แห่ง	9 แห่ง		
เอกสารอ้างอิง	1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4. แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและ โปรแกรม CL UCCRAE					
ผู้รับผิดชอบ	1. นายสมพร เจือจันทิก 2. นางอุไรรัตน์ ศรีสม 3. นายสิริชัย ขำสมบัติ			โทร. 08-9571-1175 โทร. 08-8571-3729 โทร. 06-5974-9951		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 923 ต่อ 120		

เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทาง UCCARE

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

ตัวชี้วัดที่ 6	ผลลัพธ์การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย															
6.1/6.1/5.1	สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเอื้อต่อสุขภาพ 1. โรงพยาบาลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10															
หน่วยวัด	ร้อยละ															
น้ำหนัก	ร้อยละ															
เกณฑ์วัด รพ.	โรงพยาบาลพัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30															
คำอธิบาย	โรงพยาบาลที่พัฒนามีสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง รพท. รพช. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และ รพ. เอกชนในจังหวัดหนองคายที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ <table border="1"> <tr> <th colspan="2">ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนนแต่ละหมวด 80% ขึ้นไป)</th></tr> <tr> <td>หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา</td><td>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td></tr> <tr> <td rowspan="3">หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท</td><td>2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr> <tr> <td>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะที่เป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr> <tr> <td>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td></tr> <tr> <td rowspan="2">หมวด R: Restroom การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล</td><td>5. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td></tr> <tr> <td>6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr> <tr> <td>หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน</td><td>7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td></tr> <tr> <td>หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล</td><td>8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ</td></tr> </table>	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนนแต่ละหมวด 80% ขึ้นไป)		หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะที่เป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	หมวด R: Restroom การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนนแต่ละหมวด 80% ขึ้นไป)																
หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร															
หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง															
	3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะที่เป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง															
	4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545															
หมวด R: Restroom การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)															
	6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง															
หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร															
หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ															

	หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัยและป้องกัน การแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย กิจกรรมให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค การดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่ จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวัง ทางสุขาภิบาลอาหาร
		11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตาม กฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
		12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
		13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนนแต่ละหมวด 90% ขึ้นไป)		
	หมวด Innovation: การ พัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำ ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย โรงพยาบาลและชุมชน
	หมวด Network: การ สร้างเครือข่ายการพัฒนา ด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน 1 ด้าน		
1. การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 2. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การจัดการของเสียทางการแพทย์		
สรุปผลการประเมิน :		
1. ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 176 คะแนนขึ้นไป		
2. ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-8 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อย ละ 90 และมีคะแนนรวม 243 คะแนนขึ้นไป		
3. ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมิน ตามเกณฑ์ระดับท้าทายจำนวน 1 ด้าน		
หมายเหตุ กรณีที่ผลคะแนนการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ผ่านการ ประเมิน		

เกณฑ์วัด รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนานาหมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10																	
คำอธิบาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนานาหมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN sub-district Health Promoting Hospital (GCsh) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ <table border="1"> <tr> <th colspan="2">ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN & CLEAN รพ.สต.</th></tr> <tr> <td>หมวด 1 CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา</td><td>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของคนใน รพ.สต.</td></tr> <tr> <td rowspan="3">หมวด 2 G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท</td><td>2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr> <tr> <td>3. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr> <tr> <td>4. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะที่เป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr> <tr> <td rowspan="2">หมวด 3 R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และการจัดการ สิ่งปฏิกูล</td><td>5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมให้ได้มาตรฐานและมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ</td></tr> <tr> <td>6. เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน</td></tr> <tr> <td>หมวด 4 E: Energy การจัดการด้านพลังงาน</td><td>7. มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td></tr> <tr> <td rowspan="3">หมวด 5 E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.</td><td>8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียว หรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ</td></tr> <tr> <td>9. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะดวก ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ</td></tr> <tr> <td>10. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร</td></tr> </table>	ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN & CLEAN รพ.สต.		หมวด 1 CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของคนใน รพ.สต.	หมวด 2 G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	3. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	4. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะที่เป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	หมวด 3 R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และการจัดการ สิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมให้ได้มาตรฐานและมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ	6. เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน	หมวด 4 E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	หมวด 5 E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.	8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียว หรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ	9. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะดวก ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ	10. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร
ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN & CLEAN รพ.สต.																		
หมวด 1 CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของคนใน รพ.สต.																	
หมวด 2 G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง																	
	3. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง																	
	4. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะที่เป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง																	
หมวด 3 R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และการจัดการ สิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมให้ได้มาตรฐานและมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ																	
	6. เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน																	
หมวด 4 E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																	
หมวด 5 E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.	8. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียว หรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ																	
	9. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะดวก ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ																	
	10. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร																	

	หมวด 6 N: Nutrition การส่งเสริมด้านอาหาร และน้ำปลอดภัยปลอดภัย และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับ ชุมชน	11. ส่งเสริมโภชนาการและสร้างความรอบรู้ในการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับท้องถิ่นและชุมชน
		12. จัดให้มีบริการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด เพียงพอ
		13. การสร้างแหล่งเรียนรู้ด้านอาหารปลอดภัยในชุมชน
	ส่วนที่ 2 การพัฒนา GREEN Community	
	หมวด 7 การพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้ เกิด GREEN Community	14. ส่งเสริมการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	สรุปการผลประเมิน	
	1. ระดับมาตรฐาน	หมายถึง มีผลคะแนนการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 80 คะแนนขึ้นไป
	2. ระดับดี	หมายถึง มีผลคะแนนการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป
	3. ระดับดีเยี่ยม	หมายถึง มีผลคะแนนการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 95 คะแนนขึ้นไป และดำเนินการตามหมวด 7
	หมายเหตุ กรณีที่ผลคะแนนการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคายทุกแห่ง 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 3. โรงพยาบาลพิสัยเวท อ.โพนพิสัย จ.หนองคาย	
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : 1. รพ. พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30 2. รพ.สต. พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCsh ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10 ระดับหน่วยบริการ : รพ./ รพ.สต. 1. รพ. พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ ระดับมาตรฐานขึ้นไป 2. รพ.สต.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCsh ระดับมาตรฐานขึ้นไป	
วิธีการประเมิน	1. รพ./รพ.สต.ประเมินตนเองในระบบออนไลน์ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin 2. ทีมระดับจังหวัด ประเมินการพัฒนาใน รพ./รพ.สต.ทุกแห่ง ปีละ 2 ครั้ง และรับรองในระดับมาตรฐาน 3. ทีมศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานีประเมินรับรองในระดับดีเยี่ยม 4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ประเมินรับรองในระดับท้าทาย	
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566	
ระดับจังหวัด/คปสอ.	รพ. พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	รพ.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10			
	2	รพ.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 15			
	3	รพ.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 20			
	4	รพ.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 25			
	5	รพ.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30			
ระดับจังหวัด/คปสอ.	รพ.สต.พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCSh ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10				
รายการข้อมูล 3	C : จำนวน รพ.สต.ที่พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCSh ระดับมาตรฐานขึ้นไป				
รายการข้อมูล 4	D : จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	C/D x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	รพ.สต.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCSh ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 2			
	2	รพ.สต.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCSh ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 4			
	3	รพ.สต.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCSh ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 6			
	4	รพ.สต.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCSh ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 8			
	5	รพ.สต.พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GCSh ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 10			
ระดับ รพ./ รพ.สต.	รพ.พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป รพ.สต.พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCsh ระดับมาตรฐานขึ้นไป				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ. - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีคะแนนผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปจำนวน 2 หมวด			
	2	มีคะแนนผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปจำนวน 3 หมวด			
	3	มีคะแนนผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปจำนวน 4 หมวด			
	4	มีคะแนนผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปจำนวน 5 หมวด			
	5	มีคะแนนผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปครบทั้ง 6 หมวด			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	สถานบริการสาธารณสุขพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและเอื้อต่อสุขภาพ				
	1.โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	1 แห่ง	-	-	1 แห่ง
	2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ 5	-	-	6.76

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565								
อำเภอ	ระดับการพัฒนาของ รพ.สต.			ร้อยละ	ระดับการพัฒนาของ รพ.			ร้อยละ
	มาตรฐาน	ดี	ดีเยี่ยม		มาตรฐาน	ดีเยี่ยม	ทำหาย	
เมือง	1			5.88				
ท่าบ่อ	2			20	1			100
โพนพิสัย	2			13.33				
เผ่าไร่								
รัตนวาปี								
ศรีเชียงใหม่								
สังคม								
สระใคร								
โพธิ์ตาก								
พิสัยเวหา								
รวม	5	0	0	6.76	1	0	0	10.00
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital 3. คู่มือแนวปฏิบัติการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เป็นสารเคมี 4. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital 5. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 6. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล 7. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 8. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล							
ผู้รับผิดชอบ	นายไชยวุฒิ ชัยชมภู				โทร. 098-5639924			
	นายบุญเลิศ มาตรฐานคุณ				084-3483915			
	กลุ่มงาน อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				โทร. 042-42923 ต่อ 103			

ตัวชี้วัดที่ 6	ผลลัพธ์การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย																																																																							
6.2/6.2/5.2	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน																																																																							
หน่วยวัด	ร้อยละ																																																																							
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																																							
คำอธิบาย	1. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย รวมทั้งหมด 85 แห่ง 2. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินจากสารเคมี/รังสีได้รับการดูแลสุขภาพ มีการจัดการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชน มีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การค้นหาและประเมินความเสี่ยง/ สิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการสอบสวนโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากมลพิษสิ่งแวดล้อม 3. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ดังนี้ <table><tr><th colspan="4">มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</th></tr><tr><th rowspan="2">องค์ประกอบ</th><th>รพช./รพท.</th><th>รพช.</th><th>รพ.สต.</th></tr><tr><th>ข้อ</th><th>ข้อ</th><th>ข้อ</th></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</td><td>9</td><td>8</td><td>5</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการภายนอก</td><td>9</td><td>9</td><td>6</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ</td><td>12</td><td>10</td><td>5</td></tr><tr><td>องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</td><td>8</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>รวม</td><td>48</td><td>42</td><td>25</td></tr></table> <table><tr><th colspan="6">มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป</th></tr><tr><th>ระดับ</th><th>องค์ประกอบที่ 1</th><th>องค์ประกอบที่ 2</th><th>องค์ประกอบที่ 3</th><th>องค์ประกอบที่ 4</th><th>องค์ประกอบที่ 5</th></tr><tr><td>เริ่มต้นพัฒนา</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>ดี</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>-</td><td>50 %</td></tr><tr><td>ดีมาก</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>-</td><td>70 %</td></tr><tr><td>ดีเด่น</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td><td>80 %</td></tr></table>	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม				องค์ประกอบ	รพช./รพท.	รพช.	รพ.สต.	ข้อ	ข้อ	ข้อ	องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	8	5	องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	10	5	องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการภายนอก	9	9	6	องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	10	5	องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	5	4	รวม	48	42	25	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป						ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5	เริ่มต้นพัฒนา	80 %	80 %	-	-	-	ดี	80 %	80 %	80 %	-	50 %	ดีมาก	80 %	80 %	80 %	-	70 %	ดีเด่น	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม																																																																								
องค์ประกอบ	รพช./รพท.	รพช.	รพ.สต.																																																																					
	ข้อ	ข้อ	ข้อ																																																																					
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	8	5																																																																					
องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	10	5																																																																					
องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการภายนอก	9	9	6																																																																					
องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	10	5																																																																					
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	8	5	4																																																																					
รวม	48	42	25																																																																					
มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป																																																																								
ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5																																																																			
เริ่มต้นพัฒนา	80 %	80 %	-	-	-																																																																			
ดี	80 %	80 %	80 %	-	50 %																																																																			
ดีมาก	80 %	80 %	80 %	-	70 %																																																																			
ดีเด่น	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %																																																																			

	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลชุมชน					
	ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
	เริ่มต้นพัฒนา	70 %	70 %	-	-	-
	ดี	70 %	70 %	70 %	-	50 %
	ดีมาก	70 %	70 %	70 %	-	60 %
	ดีเด่น	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
	ระดับ	องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2	องค์ประกอบที่ 3	องค์ประกอบที่ 4	องค์ประกอบที่ 5
	เริ่มต้นพัฒนา	50 %	-	50 %	-	-
	ดี	50 %	50 %	50 %	-	-
	ดีมาก	50 %	50 %	50 %	50 %	-
	ดีเด่น	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
	ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองหนองคาย 2 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย รวมทั้งหมด 85 แห่ง				
เป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน ๗ ระดับดีขึ้น ร้อยละ 75 และระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 25					
วิธีการประเมิน	1.ทีมประเมินระดับจังหวัด รับรองมาตรฐานในระดับเริ่มต้นพัฒนา-ระดับดีมาก 2.ทีมกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม/สคร.8 อุดรธานี รับรองมาตรฐานระดับดีเด่น					
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566					
ระดับจังหวัด	หน่วยบริการสาธารณสุข มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กำหนด					
รายการข้อมูล 1	A : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.และ ศบส.)ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป					
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสาธารณสุข (รพท., รพช., รพ.สต.และ ศบส.) ทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้ คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			1.ระดับดี ขึ้นไป	2.ระดับดีมาก ขึ้นไป
	1	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 47	ร้อยละ 1
	2	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 49	ร้อยละ 2
	3	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 51	ร้อยละ 3
	4	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 53	ร้อยละ 4
	5	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 55	ร้อยละ 5
	รอบที่ 2					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			1.ระดับดี ขึ้นไป	2.ระดับดีมาก ขึ้นไป
	1	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 55	ร้อยละ 5
	2	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 60	ร้อยละ 10
	3	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 65	ร้อยละ 15
	4	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 70	ร้อยละ 20
	5	หน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			ร้อยละ 75	ร้อยละ 25

	ลำดับ	โรงพยาบาล	ผลการรับรองมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย			
			2562	2563	2564	2565
	1	หนองคาย	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
	2	ท่าบ่อ	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	ดี
	3	โพนพิสัย	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	ดี	ดีมาก
	4	ศรีเชียงใหม่	เริ่มต้นพัฒนา	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	5	สังคม	เริ่มต้นพัฒนา	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	6	สระใคร	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา
	7	เผ่าไร่	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	ดีมาก	ดีมาก
	8	รัตนวาปี	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	ดี
9	โพธิ์ตาก	ไม่ผ่าน	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา	ดี	
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของรพท./รพช./รพ.สต.และ ศบส. 2. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (Update 20 พ.ย.60) จำนวน 48 ข้อ 3. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 42 ข้อ 4. เกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Update 1 พ.ย.60) จำนวน 25 ข้อ					
ผู้รับผิดชอบ	1. นายไชยวุฒิ ชัยชมภู 2. นางสาวสุภาวดี ทารส			โทร. 098-5639924 โทร. 095-6717528		
	กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			โทร. 042-421438, 042-422923 ต่อ 103		

ตัวชี้วัดที่ 6	ผลลัพธ์การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	
6.3/6.3/-	จังหวัด/อำเภอ ขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลตาม พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 อย่างมีประสิทธิภาพ	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งสิ้น 68 แห่ง 2. การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องตามสุขลักษณะ หมายถึง การนำสิ่งปฏิกูลไปบำบัดที่ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐานและถูกต้องตามหลักสุขลักษณะ มีการป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค และผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เกณฑ์การให้คะแนนการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลตาม พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับจังหวัด/ระดับ คปสอ.ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 มีข้อมูลสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลของอำเภอ ขั้นตอนที่ 2 มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูล ขั้นตอนที่ 3 มีแผนงานและแนวทางในการจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง ขั้นตอนที่ 4 มีกิจกรรมการสื่อสารให้ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ร้อยละ 60-80 ของจำนวนอปท.ทั้งหมด ขั้นตอนที่ 5 คปสอ. สนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลแก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 80 ของจำนวน อปท.ทั้งหมด	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ./ อปท.	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลจาก คปสอ.ร้อยละ 80 ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 5	
วิธีการประเมิน		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566	
ระดับจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ จังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ร้อยละ 40 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล
	2	ร้อยละ 50 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล
	3	ร้อยละ 60 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล
	4	ร้อยละ 70 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล
	5	ร้อยละ 80 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูล
ระดับ คปสอ.	ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน	
รายการข้อมูล 1		
รายการข้อมูล 2		
สูตรคำนวณ		

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	มีข้อมูลสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลของอำเภอ ประกอบด้วย 1.ข้อมูลการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่และติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ 2.ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง 3.ข้อมูลข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติ เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล 4.ข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการออกใบอนุญาตในการเก็บขนสิ่งปฏิกูล 5.ข้อมูลเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสิ่งปฏิกูล 6.ข้อมูลรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลในเขตพื้นที่			
	2	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูล ประกอบด้วย 1.สถานการณ์การเกิดโรคปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งปฏิกูล 2.ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3.การสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูล			
	3	มีแผนงานและแนวทางในการจัดการสิ่งปฏิกูล ประกอบด้วย 1.มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูล 2.มีแผนงานและแนวทางในการจัดการสิ่งปฏิกูลสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น			
	4	มีกิจกรรมการสื่อสารให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมายการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ร้อยละ 60 - 80 ของจำนวน อบท.ทั้งหมด ประกอบด้วย 1.มีกิจกรรมการสื่อสาร จัดประชุม หรือร่วมประชุม เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ 2.มีสรุปผลการประชุมและข้อคิดเห็นของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน			
	5	คปสอ. สนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 80 ของจำนวน อบท.ทั้งหมด ประกอบด้วย 1.สนับสนุนข้อมูลวิชาการ สื่อ หนังสือ คู่มือ แบบแปลนการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ 2.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานที่ดิน ธารักษ์ สิ่งแวดล้อม ภาคฯ ศูนย์อนามัยฯ ท้องถิ่นจังหวัด ฯ เพื่อร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน 3.มีสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ.2535			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	จังหวัดหนองคายมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 68 แห่งประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 17 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 48 แห่ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดการสิ่งปฏิกูลตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล 2 แห่ง ถูกสุขลักษณะและสามารถบำบัดสิ่งปฏิกูลได้เพียง 1 แห่ง	ร้อยละ	-	-	-

	ผลการดำเนินงานระบบกำจัดสิ่งปฏิกูล ปีงบประมาณ 2565		
	ลำดับ	คปสอ.	ผลงาน
	1	หนองคาย	1
	2	ท่าบ่อ	-
	3	โพนพิสัย	-
	4	ศรีเชียงใหม่	1
	5	สังคม	-
	6	สระใคร	-
	7	เผ่าไร่	-
	8	รัตนวาปี	-
	9	โพธิ์ตาก	-
	10	พิสัยเวหา	-
		รวม	2
เอกสารอ้างอิง	1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 2. กฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 3. การจัดการสิ่งปฏิกูล (แบบครบวงจร) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 4. คู่มือเทคโนโลยีการจัดการสิ่งปฏิกูล สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 5. คู่มือสำหรับผู้สูบล้างและขนสิ่งปฏิกูล สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 6. คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย		
ผู้รับผิดชอบ	นายไชยวุฒิ ชัยชมภู	โทร. 08 7425 6625	
	นายทวีชัย ศิริพวงสะกะ	โทร. 08 8375 4202	
	กลุ่มงาน : อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 103	

ตัวชี้วัดที่ 6	ผลลัพธ์การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย												
6.4/-/-	จังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562												
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	จังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 โดยเกณฑ์ในการเป็นต้นแบบ ต้องมีการดำเนินงาน อย่างน้อย 4 ข้อ จาก 6 ข้อ ประกอบด้วย 1. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด (EnvOcc CU) 2. จัดทำสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม เน้นโรคที่ประกาศ ตามพ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 3. มีการแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ นายจ้าง/สถานพยาบาล กรณีเข้าเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค 4. มีการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเข้าเกณฑ์ของ กรมควบคุมโรค และมีการจัดทำรายงานเสนอต่อหน่วยงาน /คณะกรรมการจังหวัด เพื่อเสนอ ต่อกรมควบคุมโรคทราบ 5. มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 ไปยังเครือข่ายในพื้นที่ 6. มีการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อม ผ่านคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัด												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : มีดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 อย่างน้อย 4 ข้อ												
วิธีการประเมิน	ประเมินจากผลการดำเนินงาน โดยใช้เกณฑ์ต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 กรมควบคุมโรค												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีข้อมูลการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 1 ข้อ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 2 ข้อ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 3 ข้อ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 4 ข้อ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีข้อมูลการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	2	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 1 ข้อ	3	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 2 ข้อ	4	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 3 ข้อ	5	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 4 ข้อ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีข้อมูลการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย												
2	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 1 ข้อ												
3	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 2 ข้อ												
4	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 3 ข้อ												
5	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 จำนวน 4 ข้อ												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	ข้อ	-	-	1
เอกสารอ้างอิง	1. พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) 3. ฐานข้อมูลประชากร				
ผู้รับผิดชอบ	1. นายไชยวุฒิ ชัยชมภู	โทร. 098-5639924			
	2. นางสาวสุภาวดี ทารส	โทร. 095-6717528			
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	โทร. 043-413354 ต่อ 103			

ตัวชี้วัดที่ 7	ผลการพัฒนาระบบบริการก้าวหน้า Innovation Healthcare Management
7.1/7.1/-	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100)
หน่วยวัด	จังหวัด : ร้อยละ คปสอ. : ขึ้นตอน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต จำนวน 165 แห่ง (หนองคาย 1 แห่ง) - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 734 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) (หนองคาย 8 แห่ง) HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน เงื่อนไข : 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 3. ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ 4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาตรฐาน HA (ฉบับที่ 5 เริ่มใช้ 1 ต.ค.65)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลคงสภาพการรับรอง HA : รพ.หนองคาย, สระใคร, โพนพิสัย, สังคม, รพ.ท่าบ่อ 2. โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA-3 : รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.เฝ้าไร่, รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก 3. โรงพยาบาลเอกชน : รพ.พิสัยเวช อ.โพนพิสัย HA3
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : 5 ขึ้นตอน
วิธีการประเมิน	การประกาศผลการประเมินโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการและการประเมินโดยทีม สสจ.
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด	ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (ร้อยละ 100)
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน HA ผ่านการรับรองชั้น3และ Re-acc (สรพ.)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคายทั้งหมด จำนวน 10 แห่ง
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 60					
	2	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 70					
	3	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 80					
	4	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 90					
	5	หน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ร้อยละ 100					
ระดับ คปสอ.	ดำเนินการกิจกรรมครบ 5 ขั้นตอน						
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ ประเมินระดับ HA3/Reacredit	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	มีการดำเนินงานของทีมีระดับกลางครบทุกทีม					
	2	(1)+ มีการเชื่อมโยงการทำงานของทีมกลาง					
	3	(1)+(2)+มีการติดตามของทีมนำสม่ำเสมอ					
	4	อยู่ในช่วงรอรับการประเมิน accreditation หรือ ประเมินรับรองไม่ผ่าน หรือ ติด focus หลังการประเมินรับรอง หรือ ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองภายใน 6 เดือน หลังวันที่อายุการรับรองสิ้นสุดลง					
	5	อยู่ในช่วงเวลาการรับรอง หรือ อยู่ในช่วงการส่งการบ้านหลังการประเมินรับรอง หรือ อยู่ในช่วงรอรับการประเมินreaccreditation					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
			2561	2562	2563	2564	2565
	โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรอง HA ตามบันไดขั้น 3 และ Re-acc	ร้อยละ	71.42 (5/7)	71.42 (5/7)	71.42 (5/7)	55.55 (5/9)	55.55 (5/9)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565						
	ลำดับ	โรงพยาบาล	ระดับการผ่านปัจจุบัน	วันที่รับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ	
	1.	หนองคาย	R3	8 ส.ค. 64	7 ส.ค.66		
	2.	สระใคร	R2	27 มิ.ย. 64	26 มิ.ย.66		
	3.	ศรีเชียงใหม่	3e	4 ก.พ.58	3 ก.พ.60	ระหว่างต่ออายุ	
	4.	เผ่าไร่	2e	5 มี.ค.64	4 มี.ค. 65	ส่งเอกสารขอHA3รอตอบรับจาก สรพ.	
	5.	รัตนวาปี	2	1 ต.ค. 64	30 ก.ย. 65		
	6.	โพธิ์ตาก	2e	5 ม.ค. 64	6 ม.ค.65	ระหว่างต่ออายุ	
	7	โพนพิสัย	R3	22 พ.ค.64	21 พ.ค. 67		
	8	ท่าบ่อ	R4	24 ธ.ค.62	23 ธ.ค.65		
	9	สังคม	R1	24 ธ.ค.62	23 ธ.ค. 65		
	10	พิสัยเวท	2e	15 ก.พ.59	14 ก.พ.60	ระหว่างต่ออายุ	
เอกสารอ้างอิง	1. มาตรฐานHAฉบับที่ 4 (ประกาศใช้ วันที่1กรกฎาคม2561,แก้ไขมกราคม 2562)..ร่างฉบับที่ 5 2. กระบวนการพัฒนา HA ตามบันได3ขั้น 3. ประกาศรับรองของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)						
ผู้รับผิดชอบ	1. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2. นางอุไรรัตน์ ศรีสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3. นายสมพร เจือจันทิก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				โทร. (มือถือ) 099-5760280 โทร. (มือถือ) 088-5713729 โทร. (มือถือ) 089-5711175		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย				โทร. 0 4242 923 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 7	ผลการพัฒนาระบบบริการก้าวหน้า Innovation Healthcare Management
7.2/7.2/-	รพท./รพช. ผ่านการพัฒนาสถานบริการต้นแบบตามนโยบาย EMS (Environment, Modernize, Smart Service) รพท. ผ่านเกณฑ์ในระดับสูง the best ร้อยละ 50 รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน the must ร้อยละ 60
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การพัฒนาสถานบริการ ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernize, Smart Service) คือการพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัย มาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง 3 ด้าน คือ 1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายในและภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบต่อชุมชน 2. ความทันสมัย (Modernize) การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ 3. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดเรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงานและเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 แห่ง รพท. ผ่านเกณฑ์ในระดับสูง the best ร้อยละ 50 (รพ.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ) รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน the must ร้อยละ 60 (จำนวน 9 แห่ง)
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : รพท. ร้อยละของสถานบริการผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นสูง (the best) ร้อยละ 50 : รพท./รพช.ร้อยละของสถานบริการผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) ร้อยละ 60 ระดับ คปสอ. : รพท. มีผลคะแนนตามเกณฑ์ประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ระดับthe best ร้อยละ80 : รพท./รพช. มีผลคะแนนตามเกณฑ์ประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ระดับ the must ร้อยละ 70
วิธีการประเมิน	เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

ระดับจังหวัด	รพท.ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับขั้นสูง the best ร้อยละ 50 รพท./รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐาน the must ร้อยละ 60	
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนสถานบริการ ระดับ รพท.ที่ผ่านการประเมินขั้นสูง (the best) A2 : จำนวนสถานบริการ ระดับ รพท./รพช. ที่ผ่านการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must)	
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนสถานบริการ ระดับ รพท.ทั้งหมด B2: จำนวนสถานบริการ ระดับ รพท./รพช.ทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	A1/B1 x 100 A2/B2/100	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับ รพท.	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นสูง the best ร้อยละ 10
	2	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นสูง the best ร้อยละ 20
	3	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นสูง the best ร้อยละ 30
	4	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นสูง the best ร้อยละ 40
	5	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นสูง the best ร้อยละ 50
	ระดับ รพท./รพช.	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน the must ร้อยละ 20
	2	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน the must ร้อยละ 30
	3	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน the must ร้อยละ 40
	4	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน the must ร้อยละ 50
	5	สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน the must ร้อยละ 60
ระดับ คปสอ.	ระดับ รพท. ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (the best) ≥ ร้อยละ 80 ระดับ รพท./รพช. ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) ≥ ร้อยละ 70	
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนที่ได้	
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม	
สูตรคำนวณ	A/B x 100	

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับ The best				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (the best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40			
	2	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (the best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50			
	3	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (the best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60			
	4	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (the best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70			
	5	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (the best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80			
	ระดับ The must				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30			
	2	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40			
	3	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50			
	4	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60			
	5	ผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	สถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผ่านการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must)	ร้อยละ	-	-	100

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565							
ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการ ตามนโยบาย EMS ในระดับพื้นฐาน (the must) ๓ ด้าน					
		สิ่งแวดล้อมดี (Environment) ๖ ข้อ	ความทันสมัย (Modernization) ๔ ข้อ	บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) ๕ ข้อ	คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน	ได้	ผลคะแนนประเมินขั้นพื้นฐาน (the must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐
๑	โรงพยาบาลหนองคาย	๑๒	๘	๘	๓๐	๒๘	๙๓.๓๓
๒	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	๑๐	๘	๑๐	๓๐	๒๘	๙๓.๓๓
๓	โรงพยาบาลโพนพิสัย	๑๒	๕	๙	๓๐	๒๖	๘๖.๖๖
๔	โรงพยาบาลสังคม	๑๒	๘	๑๐	๓๐	๓๐	๑๐๐
๕	โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่	๑๑	๘	๔	๓๐	๒๓	๗๖.๖๖
๖	โรงพยาบาลโพธิ์ตาก	๑๐	๗	๙	๓๐	๒๖	๘๖.๖๖
๗	โรงพยาบาลเฝ้าไร่	๑๐	๘	๙	๓๐	๒๗	๙๐
๘	โรงพยาบาลรัตนวาปี	๗	๘	๗	๓๐	๒๒	๗๓.๓๓
๙	โรงพยาบาลสระใคร	๑๒	๖	๑๐	๓๐	๒๘	๙๓.๓๓
เอกสารอ้างอิง	1. แนวทางการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย ทันสมัย และบริการที่ดี						
	2. เกณฑ์การพัฒนางานการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย ทันสมัย และบริการที่ดี ในระดับพื้นฐาน (the best) และระดับขั้นสูง (the best)						
ผู้รับผิดชอบ	1. นายสมพร เจือจันทิก				โทร. 0895711175		
	2. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์				โทร. 0995760280		
	3. นางสาวภาคย์ วงศ์หินกอง				โทร. 0921383679		
	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				โทร. 0 4242 923 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 8	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
8.1/8.1/-	ร้อยละหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมาย พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลประชาชนให้ได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่กำหนด ดังนี้ 1) บริการสุขภาพแบบองค์รวม 2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก 3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน 5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ 6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว 7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรคการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัวชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ หน่วยบริการ หมายความว่า (1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ (2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการ ประกาศกำหนด มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า แนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน 53 ทีม
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ร้อยละ 50 (27 ทีม) ระดับ คปสอ. : หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ 2566 ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566

ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566						
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566						
ระดับจังหวัด	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ร้อยละ 50 (27 ทีม)						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ 2566						
รายการข้อมูล 2	B : หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน 53 ทีม						
สูตรคำนวณ	A/B x 100						
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ 2566 มากกว่าร้อยละ10					
	2	จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ 2566 มากกว่าร้อยละ20					
	3	จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ 2566 มากกว่าร้อยละ30					
	4	จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ 2566 มากกว่าร้อยละ40					
	5	จำนวนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ 2566 มากกว่าร้อยละ50					
ระดับ คปสอ.	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ร้อยละ 80						
รายการข้อมูล 1	A : ผลคะแนนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566						
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ.2566 (272 คะแนน)						
สูตรคำนวณ	A/B x 100						
เกณฑ์การให้คะแนน - PCU/NPCU	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	คะแนนส่วนที่ 1-4 ต้องได้คะแนนร้อยละ 100 (28 คะแนน)					
	2	คะแนนระดับ 1 + คะแนนส่วนที่ 5 (60 คะแนน) ผ่านร้อยละ 80					
	3	คะแนนระดับ 2 + คะแนนส่วนที่ 6 (40 คะแนน) ผ่านร้อยละ 80					
	4	คะแนนระดับ 3 + คะแนนส่วนที่ 7 (79 คะแนน) ผ่านร้อยละ 80					
	5	คะแนนระดับ 4 + คะแนนส่วนที่ 8 (65 คะแนน) ผ่านร้อยละ 80					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
			2564	2565	2566	2567	2568
	สถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผ่านการประเมินขั้นพื้นฐาน (the must)	ร้อยละ	-	-	50	-	-

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565			
	ลำดับ	อำเภอ	ประชากร (คน)	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิฯ (ทีม)
	1	เมืองหนองคาย	150,438	16
	2	ท่าบ่อ	82,368	8
	3	โพนพิสัย	98,282	10
	4	ศรีเชียงใหม่	30,072	3
	5	สังคม	25,548	3
	6	สระใคร	26,541	3
	7	เฝ้าไร่	50,912	5
	8	รัตนวาปี	37,990	4
	9	โพธิ์ตาก	15,284	1
		รวม	517,435	53
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566			
ผู้รับผิดชอบ	1. นายสมพร เจือจันทิก			โทร. 0895711175
	2.นางสาวภาคย์ วงศ์หินกอง			โทร. 0921383679
	3. นางสาวสุพาภรณ์ คนองเดช			โทร.
	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			โทร. 0 4241 3354 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 8	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
8.2/-/	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
8.3/-/	ร้อยละประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
หน่วยวัด	ร้อยละ
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 เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (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 ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน รับผิดชอบประชากร โดยควรมีเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/-2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดการบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล Structure - มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการสถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น *** พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี																																																																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรจังหวัดหนองคายที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดำเนินการขึ้นทะเบียน																																																																																	
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : 1) หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นดำเนินการในพื้นที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ <table><tr><th rowspan="2">ลำดับ</th><th rowspan="2">อำเภอ</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน</th><th rowspan="2">หมายเหตุ</th></tr><tr><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th><th>รวมเป้าหมาย</th></tr><tr><td>1</td><td>เมืองหนองคาย</td><td>13</td><td>3</td><td>-</td><td>16</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>2</td><td>4</td><td>1</td><td>7</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>-</td><td>2</td><td>1</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>-</td><td>2</td><td>-</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>เฝ้าไร่</td><td>-</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>-</td><td>1</td><td>-</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">รวม</td><td>18</td><td>18</td><td>6</td><td>42</td><td></td></tr></table>	ลำดับ	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน				หมายเหตุ	2564	2565	2566	รวมเป้าหมาย	1	เมืองหนองคาย	13	3	-	16		2	ท่าบ่อ	2	4	1	7		3	โพนพิสัย	1	3	1	5		4	ศรีเชียงใหม่	-	2	1	3		5	สังคม	1	1	-	2		6	สระใคร	-	2	-	2		7	เฝ้าไร่	-	1	2	3		8	รัตนวาปี	1	1	1	3		9	โพธิ์ตาก	-	1	-	1		รวม		18	18	6	42	
ลำดับ	อำเภอ			ผลการดำเนินงาน					หมายเหตุ																																																																									
		2564	2565	2566	รวมเป้าหมาย																																																																													
1	เมืองหนองคาย	13	3	-	16																																																																													
2	ท่าบ่อ	2	4	1	7																																																																													
3	โพนพิสัย	1	3	1	5																																																																													
4	ศรีเชียงใหม่	-	2	1	3																																																																													
5	สังคม	1	1	-	2																																																																													
6	สระใคร	-	2	-	2																																																																													
7	เฝ้าไร่	-	1	2	3																																																																													
8	รัตนวาปี	1	1	1	3																																																																													
9	โพธิ์ตาก	-	1	-	1																																																																													
รวม		18	18	6	42																																																																													

	2) จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ร้อยละ																																																																																																								
	<table><tr><th rowspan="2">อำเภอ</th><th rowspan="2">ประชากร (คน)</th><th rowspan="2">เป้าหมาย แผน 10 ปี</th><th colspan="4">หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ที่ขึ้นทะเบียน</th><th colspan="2">เป้าหมาย 2566</th></tr><tr><th>จำนวน ทีม</th><th>ร้อยละ</th><th>ครอบคลุม ประชากร</th><th>ร้อยละ</th><th>จำนวน ทีม</th><th>ประชากร</th></tr><tr><td>เมืองหนองคาย</td><td>150,438</td><td>16</td><td>16</td><td>100</td><td>150,438</td><td>100</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>ท่าบ่อ</td><td>82,368</td><td>8</td><td>6</td><td>75</td><td>56,719</td><td>68.86</td><td>1</td><td>9,409</td></tr><tr><td>โพนพิสัย</td><td>98,282</td><td>10</td><td>4</td><td>40</td><td>28,785</td><td>29.29</td><td>1</td><td>10,173</td></tr><tr><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>30,072</td><td>3</td><td>2</td><td>66.67</td><td>18,789</td><td>62.48</td><td>1</td><td>8,038</td></tr><tr><td>สังคม</td><td>25,548</td><td>3</td><td>2</td><td>66.67</td><td>15,358</td><td>60.11</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>สระใคร</td><td>26,541</td><td>3</td><td>2</td><td>66.67</td><td>16,280</td><td>61.34</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>เผ่าไร่</td><td>50,912</td><td>5</td><td>1</td><td>20</td><td>10,924</td><td>21.46</td><td>2</td><td>19,145</td></tr><tr><td>รัตนวาปี</td><td>37,990</td><td>4</td><td>2</td><td>50</td><td>18,497</td><td>48.69</td><td>1</td><td>11,675</td></tr><tr><td>โพธิ์ตาก</td><td>15,284</td><td>1</td><td>1</td><td>100</td><td>15,284</td><td>100</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>									อำเภอ	ประชากร (คน)	เป้าหมาย แผน 10 ปี	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ที่ขึ้นทะเบียน				เป้าหมาย 2566		จำนวน ทีม	ร้อยละ	ครอบคลุม ประชากร	ร้อยละ	จำนวน ทีม	ประชากร	เมืองหนองคาย	150,438	16	16	100	150,438	100	-	-	ท่าบ่อ	82,368	8	6	75	56,719	68.86	1	9,409	โพนพิสัย	98,282	10	4	40	28,785	29.29	1	10,173	ศรีเชียงใหม่	30,072	3	2	66.67	18,789	62.48	1	8,038	สังคม	25,548	3	2	66.67	15,358	60.11	-	-	สระใคร	26,541	3	2	66.67	16,280	61.34	-	-	เผ่าไร่	50,912	5	1	20	10,924	21.46	2	19,145	รัตนวาปี	37,990	4	2	50	18,497	48.69	1	11,675	โพธิ์ตาก	15,284	1	1	100	15,284	100	-	-
อำเภอ	ประชากร (คน)	เป้าหมาย แผน 10 ปี	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ที่ขึ้นทะเบียน				เป้าหมาย 2566																																																																																																		
			จำนวน ทีม	ร้อยละ	ครอบคลุม ประชากร	ร้อยละ	จำนวน ทีม	ประชากร																																																																																																	
เมืองหนองคาย	150,438	16	16	100	150,438	100	-	-																																																																																																	
ท่าบ่อ	82,368	8	6	75	56,719	68.86	1	9,409																																																																																																	
โพนพิสัย	98,282	10	4	40	28,785	29.29	1	10,173																																																																																																	
ศรีเชียงใหม่	30,072	3	2	66.67	18,789	62.48	1	8,038																																																																																																	
สังคม	25,548	3	2	66.67	15,358	60.11	-	-																																																																																																	
สระใคร	26,541	3	2	66.67	16,280	61.34	-	-																																																																																																	
เผ่าไร่	50,912	5	1	20	10,924	21.46	2	19,145																																																																																																	
รัตนวาปี	37,990	4	2	50	18,497	48.69	1	11,675																																																																																																	
โพธิ์ตาก	15,284	1	1	100	15,284	100	-	-																																																																																																	
วิธีการประเมิน	จากรายงานการลงทะเบียนเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิ																																																																																																								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																																																																																								
ระดับจังหวัด	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่																																																																																																								
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ดำเนินการขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2562 และให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ																																																																																																								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามแผน 10 ปี ของจังหวัด หนองคาย (53 ทีม)																																																																																																								
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																																																																																								
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>1.เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 50%</td></tr><tr><td>2</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 55%</td></tr><tr><td>3</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 59%</td></tr><tr><td>4</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 63%</td></tr><tr><td>5</td><td>พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 67% (36 ทีม)</td></tr></table>									ระดับคะแนน	1.เกณฑ์การให้คะแนน	1	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 50%	2	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 55%	3	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 59%	4	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 63%	5	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 67% (36 ทีม)																																																																																				
ระดับคะแนน	1.เกณฑ์การให้คะแนน																																																																																																								
1	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 50%																																																																																																								
2	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 55%																																																																																																								
3	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 59%																																																																																																								
4	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 63%																																																																																																								
5	พื้นที่ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม 67% (36 ทีม)																																																																																																								
ระดับจังหวัด	ร้อยละประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ																																																																																																								
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ																																																																																																								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด																																																																																																								
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																																																																																								

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน				
	2.เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 50			
	2	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 55			
	3	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 60			
	4	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 65			
	5	ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 70			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน	
				ปีงบประมาณ	
				2563	2564
				2565	
	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่เป็นการดำเนินการในพื้นที่		ร้อยละ	28.30	33.96
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน (สะสม)	ร้อยละ
	1	เมืองหนองคาย	16	16	100.00
	2	ท่าบ่อ	6	6	75.00
	3	โพนพิสัย	4	4	40.00
	4	ศรีเชียงใหม่	2	2	66.67
	5	สังคม	2	2	66.67
	6	สระใคร	2	2	66.67
	7	เผ่าไร่	1	1	20.00
	8	รัตนวาปี	2	2	50.00
	9	โพธิ์ตาก	1	1	100.00
	รวม		36	36	67.92
เอกสารอ้างอิง	พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562				
	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข : ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ คู่มือดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster : PCC, แบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ				
ผู้รับผิดชอบ	นายสมพร เจือจันทิก		โทร. 08 9571 1175		
	นางสาวสุพาภรณ์ คนองเดช				
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		โทร. 0 4242 923 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 8	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
8.4/8.2/6.1	รอบที่ 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 70 รอบที่ 2 ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 75 ขึ้นไป
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 2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทบาทหน้าที่ อสม.หมอประจำบ้าน 1. สนับสนุนให้มี อสค. ทุกครอบครัว 2. เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ อสค. ในการดูแลสุขภาพคนในครอบครัว 3. เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส (ฉี่หนู) 4. ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ 5. ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ 6. การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอครอบครัว (Telemedicine) 7. เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย 8. เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ ในการวางแผน แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม.กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
เป้าหมาย	รอบที่ 1 : ร้อยละ 70 รอบที่ 2 : ร้อยละ 75
วิธีการประเมิน	โปรแกรม xx /ประเมิน/สำรวจ/.....
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ทุกระดับ	รอบที่ 1
รายการข้อมูล 1	A : อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน
รายการข้อมูล 2	B : อสม.กลุ่มเป้าหมาย
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1																																																																
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																															
	1	มีการชี้แจงนโยบาย แนวทางการพัฒนาระดับ อสม.เป็น อสม.หมอบริการบ้าน																																																															
	2	มีแผนจัดการอบรม หลักสูตร และจำนวน อสม.กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ																																																															
	3	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 50																																																															
	4	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 60																																																															
	5	อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 70																																																															
ทุกระดับ	รอบที่ 2																																																																
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น																																																																
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด																																																																
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																																																
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 2																																																																
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																															
	1	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 35																																																															
	2	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 45																																																															
	3	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 55																																																															
	4	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 65																																																															
	5	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 75																																																															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>1. จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอบริการบ้าน</td><td>ร้อยละ 70</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>2. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</td><td>ร้อยละ 75</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	1. จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอบริการบ้าน	ร้อยละ 70	100	100	100	2. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 75	100	100	100																																										
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
			2563	2564	2565																																																												
	1. จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอบริการบ้าน	ร้อยละ 70	100	100	100																																																												
	2. ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 75	100	100	100																																																												
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565																																																																
	<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>156</td><td>1267</td><td>100</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>91</td><td>742</td><td>100</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>143</td><td>1001</td><td>100</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>43</td><td>301</td><td>100</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>36</td><td>252</td><td>100</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>41</td><td>287</td><td>100</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>73</td><td>511</td><td>100</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>62</td><td>448</td><td>100</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>27</td><td>189</td><td>100</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวท</td><td>16</td><td>112</td><td>100</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>688</td><td>4816</td><td>100</td></tr></table>					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	156	1267	100	2	ท่าบ่อ	91	742	100	3	โพนพิสัย	143	1001	100	4	ศรีเชียงใหม่	43	301	100	5	สังคม	36	252	100	6	สระใคร	41	287	100	7	เผ่าไร่	73	511	100	8	รัตนวาปี	62	448	100	9	โพธิ์ตาก	27	189	100	10	พิสัยเวท	16	112	100		รวม	688	4816	100
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																												
	1	หนองคาย	156	1267	100																																																												
	2	ท่าบ่อ	91	742	100																																																												
3	โพนพิสัย	143	1001	100																																																													
4	ศรีเชียงใหม่	43	301	100																																																													
5	สังคม	36	252	100																																																													
6	สระใคร	41	287	100																																																													
7	เผ่าไร่	73	511	100																																																													
8	รัตนวาปี	62	448	100																																																													
9	โพธิ์ตาก	27	189	100																																																													
10	พิสัยเวท	16	112	100																																																													
	รวม	688	4816	100																																																													

เอกสารอ้างอิง	1. มีการชี้แจงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระดับ อสม.เป็น อสม.หมอบริการและกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง 2. มีแผนงาน/เป้าหมาย หลักสูตรที่อบรมพัฒนา อสม.เป็น อสม.หมอบริการ 3. มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.กลุ่มเป้าหมายตามแผนงาน/โครงการ 4. มีการประเมินศักยภาพ อสม.หมอบริการที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ตามมาตรฐานของหลักสูตร 5. จำนวนผู้ช่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ 6. มีผลการลงบันทึกในโปรแกรมใน Thaiphc.net	
ผู้รับผิดชอบ	1.นายพรชัย ตั้งสุวรรณชัย ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน 2.นายสิริชัย ขำสมบัติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. 0819547617 โทร 0659749951
	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 8	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
8.5/8.3/6.2	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการสร้างทีมแกนนำสุขภาพเครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 688 แห่ง คำอธิบาย จำนวนชุมชนที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ตามแนทางบันได 7 ขั้น) ระดับพัฒนาขึ้นไป (ประเมินระดับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในโปรแกรม Health Gate ของกองสุขภาพจิตเวช ตัวอย่างเช่น อำเภอมีจำนวนหมู่บ้าน 100 แห่ง ทำหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับพัฒนาขึ้นไป 75 แห่ง ได้ 5 คะแนน ทำน้อยกว่านี้ ก็ลดหลั่นคะแนนลงไป ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการการดำเนินงานของ อสม. กลไก 3 หมอ ทีมขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ เพื่อจัดการโควิดเข้มแข็งและสุขภาพของชุมชนแบบบูรณาการ ตามบริบทของชุมชน โดยใช้ทรัพยากร ภูมิปัญญา และนวัตกรรมของชุมชน ภายใต้แผนการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ เป็นรูปธรรม นำไปสู่เป้าหมาย ชุมชนสร้างสุข สุขกาย สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่ดำเนินการกิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาตามบริบทหรือประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การทบทวนตนเองและกำหนดประเด็นตามบริบท ประเมินตนเองเพื่อพัฒนาเต็มเต็มส่วนขาด ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยทีมหรือคณะทำงานชุมชนสร้างสุข/พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และกำหนดประเด็นตามบริบทพร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายการพัฒนาของตำบลและกลุ่มเป้าหมายการพัฒนาของตำบล และกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพและการพัฒนาตามประเด็นที่กำหนดในกลุ่มเป้าหมาย (2) ทีมนำ (Team) และเครือข่ายขับเคลื่อนงาน ประกอบด้วย อสม. กลไก 3 หมอ ทีมขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ เพื่อจัดการโควิด 19 เข้มแข็ง และสุขภาพของชุมชนแบบบูรณาการ ในประเด็นตามบริบทของชุมชน โดยใช้ทรัพยากร ภูมิปัญญา และนวัตกรรมของชุมชน (3) แผนการดำเนินงานของชุมชน (Plan) ซึ่งเป็นแผนการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ เป็นรูปธรรม (4) กิจกรรมดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือประเด็นการพัฒนาตามบริบท (Activity) (5) มีการมุ่งสู่เป้าหมายผลลัพธ์ (Result) ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหมู่บ้าน/ตำบลในจังหวัดหนองคาย

เป้าหมาย	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ประกอบด้วยตัวชี้วัด 1. ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 75 2. ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 50
วิธีการประเมิน	1. ตัวชี้วัด “ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน” มีวิธีการประเมินดังนี้ 1. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2. การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate เกณฑ์การประเมิน : เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน 6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ 7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี ระดับการพัฒนา 1.ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2.ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ 3.ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน 4.ระดับดีเยี่ยม: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงานมีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี 2. ตัวชี้วัด “ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” มีวิธีการประเมินดังนี้ 1. แบบรายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่มีการดำเนินการตามแนวทางตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” เว็บไซต์ www.thaiphc.net
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565– กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ตัวชี้วัด “ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน”
รายการข้อมูล 1	A : ชุมชนที่มีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (จากการประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ ระดับพัฒนาขึ้นไป ใน Health Gate)
รายการข้อมูล 2	B : ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด (จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดของระดับจังหวัด 688 แห่ง)
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 55			
	2	ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 60			
	3	ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 65			
	4	ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 70			
	5	ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 75			
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ตัวชี้วัด “ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต”				
รายการข้อมูล 1	C : จำนวนตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต				
รายการข้อมูล 2	D : จำนวนตำบลทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	(C/D) × 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 30			
	2	ตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 35			
	3	ตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 40			
	4	ตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 45			
	5	ตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 50			
ระดับ รพ.สต.	ตัวชี้วัด “ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน”				
รายการข้อมูล 1	E : ชุมชนที่มีการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (จากการประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ ระดับพัฒนาขึ้นไป ใน Health Gate)				
รายการข้อมูล 2	F : ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด (จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดของระดับตำบล)				
สูตรคำนวณ	E/F × 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 55			
	2	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 60			
	3	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 65			
	4	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 70			
	5	ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ร้อยละ 75			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ร้อยละ	-	-	60.50
ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ร้อยละ	-	-	17.74	

เอกสารอ้างอิง	1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. แนวทางการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate 4. แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 5. คู่มือการบันทึกผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	
ผู้รับผิดชอบ	นางณัฐกาญจน์ ริยะบุตร	โทร. 08 8560 2854
	งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์	โทร. 0 4241 3233 ต่อ 121
	นายสมพร เจือจันทิก	โทร. 08 9571 1175
	นายสิริชัย ขำสมบัติ	โทร. 06 5974 9951
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3233 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 9	ผลลัพธ์การให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
9.1/9.1/-	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60-I64 2. อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจากสมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโรคมวาตา และลมอุทฺธังคมวาตา พัดระคนกัน เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0, U61.1 3. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่ 3.1 การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3.2 การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น การนวดเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษาฟื้นฟูสภาพ ผิงเข็ม 3.3 การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหัชสารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต 4. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง ผู้ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60-I69 ตามด้วย - รหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0, U61.1 ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 - รหัสโรคด้านการแพทย์แผนจีน U78110 – U78117 ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีน 9991801, 9991810, 9021801, 9991811, 9031801
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/ คปสอ. : จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 3	
วิธีการประเมิน	1. ระบบรายงาน 43 แห่ง 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข	
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566	
ระดับจังหวัด/ คปสอ.	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้เหตุการณ์ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้เหตุการณ์แพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่งในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้ คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 1
	2	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 1.5
	3	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 2
	4	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 2.5
	5	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 3

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ขั้นตอนการรับบริการผู้ป่วยวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 6. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 7. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 8. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู 10. ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวจรัสศรี อางศิริ 2. นางสาวจรัสศรี บุญคงทอง 3. นางสาววรรณิตา โปตะวัฒน์ 4. นายนราธิป วิเวกเพลิน	โทร. 08 1544 7472 โทร. 085-2172338 โทร. 061-1209544 โทร. 087-2347766			
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สสจ. หนองคาย	โทร. 0 4242 1438 ต่อ 109			

ตัวชี้วัดที่ 9	ผลลัพธ์การให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
9.2/9.2/7	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ 1. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน 2. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข แบ่งเป็น 1) รพศ./รพท. อย่างน้อยร้อยละ 11 2) รพช. อย่างน้อยร้อยละ 19 3) รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 36 2. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม 04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล 13 ศูนย์บริการสาธารณสุข 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3. ประชาชนที่มารับบริการ หมายถึง ประชาชนมารับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพทั้งหมด (ทั้งแผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก) 4. ประชาชนที่มารับบริการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ 5. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ - การรักษาด้วยยาสมุนไพร 1) การปรุยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 2) ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือ

	ส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทำหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน รหัสกลุ่มโรคและการด้านการแพทย์แผนไทย 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60 4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72 5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75 6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77 รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) 1100 ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อรักษาที่บ้าน 1101 การบริการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อรักษาที่บ้าน 11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อรักษาที่บ้าน 1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน 1105 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 11050 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน 11051 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน 11052 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน 11053 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน 11058 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน 1106 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการทำหม้อเกลือที่บ้าน 11060 การบริการหึ่งหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน 1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน 11071 การให้คำแนะนำ หึ่งหลังคลอด และการบริหารการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน 1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน 11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน 11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) 11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)
--	--

	11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเจก เป็นต้น 11102 การให้บริการสมาธิบำบัด 11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage) 11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist) 11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) 11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy) 11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet) 11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics) 11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น 11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy) 11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น 11182 การให้บริการกัวซา (Guasa) 11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี) 6. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ผิงเซ็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมนวัตกรรมหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine) : U79
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการทุกระดับทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/ คปสอ.: หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ ร้อยละ 80 ระดับ รพท./รพช./รพ.สต.: ประชาชนที่มาใช้บริการในหน่วยบริการได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบ่งเป็น รพท./รพท.อย่างน้อยร้อยละ 11, รพช.อย่างน้อยร้อยละ 19, รพ.สต.อย่างน้อยร้อยละ 35
วิธีการประเมิน	1. ระบบรายงาน 43 แฟ้ม 2. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 3. จังหวัดประเมินมาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด/คปสอ.	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ ร้อยละ 80
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนแห่งหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชน

รายการข้อมูล 2	B : จำนวนแห่งหน่วยบริการทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	A/B x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ ร้อยละ 72		
	2	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ ร้อยละ 74		
	3	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ ร้อยละ 76		
	4	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ ร้อยละ 78		
	5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการ ร้อยละ 80		
ระดับ รพท./รพช.	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพท./รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่งจ่ายยาที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือ แพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)			
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพท. - ระดับ รพช.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รพท.	รพช.
	1	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพท./รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 7	ร้อยละ 15
	2		ร้อยละ 8	ร้อยละ 16
	3		ร้อยละ 9	ร้อยละ 17
	4		ร้อยละ 10	ร้อยละ 18
	5		ร้อยละ 11	ร้อยละ 19
ระดับ รพ.สต.	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัย รหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z			

รายการข้อมูล 2	B : จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทยที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 31			
	2	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 32			
	3	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 33			
	4	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 34			
	5	ประชาชนที่มารับบริการในระดับ รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 35			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชน	ร้อยละ	87.21	87.21	77.91
	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	45.66	47.99	47.06
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	70,188	29,481	42.00
	2	ท่าบ่อ	72,176	26,645	36.92
	3	โพนพิสัย	118,961	61,511	51.71
	4	ศรีเชียงใหม่	20,953	7,993	38.15
	5	สังคม	31,139	17,168	55.13
	6	สระใคร	9,637	4,272	44.33
	7	เผ่าไร่	42,294	23,573	55.74
	8	รัตนวาปี	31,845	15,795	49.60
	9	โพธิ์ตาก	17,577	8768	49.88
		รวม	414,770	195,206	47.06

	ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับรพศ/รพท/รพช. ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
	ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	รพ.หนองคาย	447,434	45,823	10.24
	2	รพร.ท่าบ่อ	236,748	17,543	7.41
	3	รพ.โพนพิสัย	103,217	19,047	18.45
	4	รพ.ศรีเชียงใหม่	67,976	10,213	15.02
	5	รพ.สังคม	52,277	20,637	39.48
	6	รพ.สระใคร	63,046	8,832	14.01
	7	รพ.เผ้าไร่	76,952	10,859	14.11
	8	รพ.รัตนวาปี	57,616	12,679	22.01
	9	รพ.โพธิ์ตาก	33,505	5,147	15.36
	10	รพ.พิสัยเวหา	44,813	4,751	10.60
		รวม	1,183,584	155,531	13.14
	ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและงานเชิงรุกในชุมชน				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	20	13	65.00
2	ท่าบ่อ	11	7	63.64	
3	โพนพิสัย	16	14	87.50	
4	ศรีเชียงใหม่	7	5	71.43	
5	สังคม	6	6	100.00	
6	สระใคร	4	3	75.00	
7	เผ้าไร่	8	7	87.50	
8	รัตนวาปี	7	7	100.00	
9	โพธิ์ตาก	6	5	83.33	
10	พิสัยเวหา	1	0	0.00	
	รวม	86	67	77.91	
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. ขั้นตอนการรับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. บันทึกประวัติผู้ป่วย 4. บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม 5. รายงานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 6. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 7. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 8. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 9. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 10. ภาพกิจกรรม				
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวจรัสศรี อาจศิริ 2. นางสาวจรัสศรี บุญคงทอง 3. นางสาววรรณิตา โปตะวัฒน์ 4. นายนราธิป วิเวกเพลิน			โทร. 081-5447472 โทร. 085-2172338 โทร. 061-1209544 โทร. 087-2347766	
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 1438 ต่อ 109	

ตัวชี้วัดที่ 10/10/8	ร้อยละหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน้อย และชุมชนสมานฉันท์ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (สสจ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) จำนวน 9 อำเภอ มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์ขององค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพเป็นแนวทางในดำเนินงาน สูงองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน กระบวนการขับเคลื่อนความสุข 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การประเมินความสุข (happinometer) /มีข้อมูล ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขเพื่อใช้ประกอบการจัดทำแผน ขั้นที่ 3 การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข มีทีมสร้างสุขในองค์กร ขั้นที่ 4 การดำเนินการตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ขั้นที่ 5 มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม มีSuccess Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข อย่างน้อย 1 เรื่อง เกณฑ์ประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง Happy Public Organization Index (HPI) เกณฑ์การประเมิน 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.)) จำนวน 9 อำเภอ
เป้าหมาย	ระดับ: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างสุขในองค์กร ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ ระดับ จังหวัด : เมืององค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างน้อยจำนวน 4 แห่ง ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80 ของหน่วยงานที่มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข 5 ขั้นตอน และมีหน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานมีการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข 5 ขั้นตอน
วิธีการประเมิน	แบบประเมินผลการดำเนินงาน , แผนการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ,แบบประเมิน HPI แบบรายงานSuccess Story หรือ Bright Spot
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด/คปสอ	หน่วยงานเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ และเป็นต้นแบบ ร้อยละ 30
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$
เกณฑ์การให้คะแนน	

- ระดับจังหวัด/ - ระดับ คปสอ	รอบที่1	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ในขั้นตอนที่1-3 ร้อยละ 10
	2	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ในขั้นตอนที่1-3 ร้อยละ 20
	3	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ในขั้นตอนที่1-3 ร้อยละ 40
	4	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ในขั้นตอนที่1-3 ร้อยละ 60
	5	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ในขั้นตอนที่1-3 ร้อยละ 80
- ระดับจังหวัด/ - ระดับ คปสอ	รอบที่2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ครบ 5 ขั้นตอน ร้อยละ 60
	2	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ครบ 5 ขั้นตอน ร้อยละ 70
	3	หน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ครบ 5 ขั้นตอน ร้อยละ 80
	4	หน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 25
	5	หน่วยงานที่ดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ร้อยละ 30
ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานมีการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข 5 ขั้นตอน	
รายการข้อมูล 1	A :	
รายการข้อมูล 2	B :	
สูตรคำนวณ	5 ขั้นตอน	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามกระบวนการขับเคลื่อนความสุข ขั้นตอนที่ 2
	3	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามกระบวนการขับเคลื่อนความสุข ขั้นตอนที่ 3
	5	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามกระบวนการขับเคลื่อนความสุข ขั้นตอนที่ 4
	รอบที่2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามกระบวนการขับเคลื่อนความสุข ขั้นตอนที่ 4
	3	หน่วยงานที่มีระดับความสำเร็จตามกระบวนการขับเคลื่อนความสุข ขั้นตอนที่ 5
	5	หน่วยงานมีการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (HPI)
เอกสารอ้างอิง	1. แผนพัฒนาความสุขของหน่วยงาน คณะทำงานที่มสร้างสุขในองค์กร 2. รายงานผลในเว็บไซต์Happy MOPH 3. สรุปกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร	
ผู้รับผิดชอบ	1.นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ 2.นางสุปราณี พานรัตน์ นักทรัพยากรบุคคล งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	
หัวหน้ากลุ่มงาน	นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	

องค์ประกอบที่ 3 Area Base

ตัวชี้วัดที่ 11/11/9	ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self - Care ออกแรงแรงยั้งคั้ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 80) BMI $\geq$ ปกติ 65
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงยั้งคั้ง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง การดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ไม่มีรสหวาน มัน เค็ม ตามนโยบาย นคร 3 อ. 2ส. และมีพฤติกรรมสุขภาพประทีพประสงค์ 4 ประกอบไปด้วยตัวชี้วัดย่อย ดังนี้ พิจารณาความสำเร็จของการดำเนินงานตาม KPI ย่อย ดังนี้ 1. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพเข้าร่วมโครงการ “ออกแรงแรงยั้งคั้ง” คนหนองคายสุขภาพดี ปี 2566 (20 คะแนน) 2. ร้อยละหมู่บ้านมีชมรมออกแรงแรงยั้งคั้ง (สร้างสุขภาพ) (เกณฑ์เป้าหมายทุกหมู่บ้าน) (10 คะแนน) 3. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (10 คะแนน) 4. ร้อยละตำบลและอำเภอมีการจัดกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ 2 ครั้ง/ปี: รอบ 6 เดือนแรก 1 ครั้ง/ รอบ 6 เดือนหลัง 1 ครั้ง (20 คะแนน) 5. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานคลินิก DPAC (10 คะแนน) 6. ร้อยละประชาชนอายุ 18 – 59 ปีมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (20 คะแนน) 7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง $\leq$ ร้อยละ 1.95 5 (10 คะแนน) รายละเอียดการให้คะแนนตามแนบท้าย นิยาม นโยบายสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรงยั้งคั้ง) เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพได้ร่างกายให้แข็งแรงได้ด้วยตัวเอง ด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง เช่นการกินอาหาร การนอนพักผ่อนอย่างพอเพียง รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก และการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ ด้วยการหมั่นตรวจสอบ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาล อย่างสม่ำเสมอ โดย... ออกแรงแรง หมายถึง การมีกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกาย ในระดับที่เหนื่อยกว่าภาวะปกติ เป็นเวลามากกว่า 30 นาที/วัน สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เช่นเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ เต้นแอโรบิก ปั่นจักรยาน ฯลฯ ตามบริบทและความเหมาะสมของพื้นที่ที่อยู่อาศัยและชุมชน แรงแรง 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) - ใช้น้ำมัน (ลดการกินเนื้อแดง) ส่วนเนื้อขาว (เนื้อปลา เนื้อไก่ white meat) ไม่ได้จำกัดปริมาณ - ด้อยมัน คือ กินไขมัน ของทอด ไขมันสัตว์ให้น้อย งดกินไขมันชนิดทรานส์ - น้ำตาลต่ำ คือ กินน้ำตาลให้น้อย ไม่หวานจัด (ไม่เกิน 6 ถึง 9 ช้อนชาต่อวัน) 2. ออกกำลังกาย: การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละอย่างน้อย 30 นาที “ลดเวลานั่ง เพิ่มเวลายืน ยืดเวลาเดิน ไม่เพลินั่งกินนอนกิน” 3. ออกกำลังกาย หรือการดูแลเรื่องอารมณ์: มีสติประกอบการทำงาน ใจระลึกร่างกาย ไม่เพลินในอารมณ์ อดทนอดกลั้นกับสิ่งยั่วๆ เกี่ยวกับความหิว ความขี้เกียจ (ออกกำลังกาย) 2 ส. ได้แก่ ส. สูบบุหรี่ : ไม่สูบ ไม่ดมควันบุหรี่ ส. สุรา แอลกอฮอล์ : ลด ละ เลิก ดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด น = น้ำหนัก การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ Self – Care ออกแรงแยงคิง เพื่อเป็นการสื่อสารและส่งเสริมสุขภาพ ตามนโยบาย Self – Care ออกแรงแยงคิง โดย คปสอ. , PCU รพ. และ รพ.สต. ต้องจัดให้มีกิจกรรมเดินวิ่งหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ อื่น ๆ ที่เป็นรวมพลังออกกำลังกายของประชาชน - หน่วยงานที่ต้องจัดดำเนินการให้มีกิจกรรมสร้างสุขภาพ Self – Care ออกแรงแยงคิง ได้แก่ 1. คปสอ./2.PCU.รพ.หรือ รพ. /3.รพ.สต.(ตำบลที่มี 2 รพ.สต. ให้จัดในภาพตำบล) - จัดกิจกรรมโดยหน่วยบริการเอง หรือบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น - มีการขยายหรือการสื่อสารถึงการสร้างสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยคำว่า Self – Care ออกแรงแยงคิง - 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 - รายงานภาพกิจกรรมในเว็บไซต์ออกแรงแยงคิง - กำหนดตารางเป็นปฏิทินการดำเนินงานแสดงทั้งปีงบประมาณ รายงานผลการดำเนินงานเป็นหนังสือราชการ และทางสื่อโซเชียลมีเดีย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 18 – 59 ปี จังหวัดหนองคาย รพ.สต./คปสอ. ทุกแห่ง รพ.พิสัยเวช
เป้าหมาย	ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	- แบบประเมิน ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ปีละ 2 ครั้ง - เว็บไซต์ออกแรงแยงคิง : https://www.nko3.moph.go.th/miss_nk/
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแยงคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม 100
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละ ≥ 40 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป				
	2	ร้อยละ ≥ 50 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป				
	3	ร้อยละ ≥ 60 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป				
	4	ร้อยละ ≥ 70 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป				
	5	ร้อยละ ≥ 80 ของคปสอ. ผ่านความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 65 ขึ้นไป				
ระดับ คปสอ.						
รายการข้อมูล 1		A: คะแนนความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ				
รายการข้อมูล 2		B: คะแนนเต็ม 100				
สูตรคำนวณ		A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ. - รพ.พิสัยเวช - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 40				
	2	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 50				
	3	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 60				
	4	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 70				
	5	ความสำเร็จการสร้างสุขภาพ (Self-Care ออกแรงแรง แยกคิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ $\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	1. ร้อยละประชากรวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ		ร้อยละ	63.30	61.36	63.69
	2. ร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนต้น อายุ 18-29 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ		ร้อยละ	77.23.	80.32	88.87
	3. ร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนกลาง อายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ		ร้อยละ	66.27	63.91	66.32
	4. ร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ		ร้อยละ	59.40	56.60	58.88
	5. ระดับความสำเร็จการสร้างสุขภาพ Self – Care ออกแรงแรงแยกคิง และประชาชนมีค่าดัชนีมวลกายปกติ		ร้อยละ	89.76	85	20

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	100	60	59.65
	2	ท่าบ่อ	100	63	63.22
	3	โพนพิสัย	100	90	90.00
	4	ศรีเชียงใหม่	100	52	52.00
	5	สังคม	100	83	83.19
	6	สระใคร	100	56	56.38
	7	เผ่าไร่	100	80	79.64
	8	รัตนวาปี	100	79	79.34
	9	โพธิ์ตาก	100	68	67.50
	10	พิสัยเวหา	100	54	54.00
	รวม		10	2	20
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพเข้าร่วมโครงการ “ออกแรงแรงเคียง” คนหนองคายสุขภาพดี ปี 2566 เว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://www.nko3.moph.go.th/miss_nk/ 2. ข้อมูลและหลักฐาน หนังสือราชการรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เติบวงสร้าง สุขภาพ รายอำเภอ รายตำบล รอบที่ 1/รอบที่ 2 3. แผนงาน/แผนปฏิบัติการปี 2564 4. ทะเบียนชมรมออกแรงแรงเคียง 5. เอกสารการจัดตั้ง/การดำเนินงานองค์กรไร้พุง/การประเมินตนเอง ผ่านระบบ apps.anamai.moph.go.th/dpac 6. เอกสารการจัดตั้ง/การดำเนินงานและทะเบียนให้บริการคลินิก DPAC/การประเมินตนเอง ผ่านระบบ apps.anamai.moph.go.th/dpac 7. รายงานข้อมูลดัชนีมวลประชาชนวัยทำงานจากโปรแกรมออกแรงแรงเคียงเว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://www.nko3.moph.go.th/miss_nk/ 8. รูปภาพกิจกรรมในเวทีออกแรงแรงเคียง				
ผู้รับผิดชอบ	นายฉัตรพัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย			โทร. 0831446566	
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4242 923 ต่อ 123	

แบบประเมิน ระดับความสำเร็จการสร้างความสุข (Self-Care ออกแรงแย่งชิง) และประชาชนมีดัชนีมวลกายปกติ

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

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพเข้าร่วมโครงการ “ออกแรงแย่งชิง” คนหนองคายสุขภาพดี ปี 2566 กลุ่ม อสม. (จากโปรแกรมออกแรงแย่งชิงเว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://wwwnko3.moph.go.th/miss_nk/)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
2		ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
3		ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
4		ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
5		ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพเข้าร่วมโครงการ “ออกแรงแย่งชิง” คนหนองคายสุขภาพดี ปี 2566 กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (จากโปรแกรมออกแรงแย่งชิงเว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://wwwnko3.moph.go.th/miss_nk/)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
2		ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
3		ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
4		ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
5		ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพเข้าร่วมโครงการ “ออกแรงแย่งชิง” คนหนองคายสุขภาพดี ปี 2566 กลุ่มประชาชนประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี (จากโปรแกรมออกแรงแย่งชิงเว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://wwwnko3.moph.go.th/miss_nk/)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
4		ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
6		ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
8		ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
10		ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

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

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

3. ระดับความสำเร็จการจัดตั้งและการดำเนินงานองค์กรไร้พุงในบุคลากรสาธารณสุข (10 คะแนน)

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

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
2	มีโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานองค์กรไร้พุง - มีกิจกรรมการเปิดตัวองค์กรไร้พุง/มีบันทึกการประชุมคณะกรรมการฯ/นโยบายองค์กรไร้พุง - มีแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ/การสนับสนุนงบประมาณ
4	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคอ้วนลงพุงภายในองค์กร บอร์ด/ป้าย/แผ่นพับ/เฟสบุ๊ค/ไลน์/เสียงตามสาย/ฯลฯ
6	มีการจัดเก็บข้อมูลรอบเอว/น้ำหนัก/ส่วนสูง/BMI ของบุคลากรในองค์กร การจัดเก็บข้อมูลรอบเอวรายเดือน 6 เดือนแรก/6 เดือนหลัง
8	มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในองค์กรเดิน/วิ่ง/เต้นแอโรบิก/ปั่นจักรยาน/โยคะ/รำไม้พลอง/ฯลฯ และการสร้างบุคคลต้นแบบของหน่วยงาน
10	บุคลากร สมัครเข้าร่วมโครงการHealthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 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 และประชาชนทั่วไป รับรู้เกี่ยวกับนโยบาย กลวิธี และมาตรการต่อการบริการคลินิกไร้พุง (DPAC) - มีแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ/การสนับสนุนงบประมาณ
2	ด้านการให้บริการ - มีกิจกรรมให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นคร 2 ส. (3 อ. 2 ส.)) - มีผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 คน - มีสมุดบันทึกการให้บริการผู้ป่วย

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
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 ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดี ขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็บไซต์ออกแสงแยงคิงและ HDC (30 คะแนน 3 กลุ่ม) ดังนี้

1.1 กลุ่มที่ 1 ร้อยละ อสม. สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็บไซต์ออกแสงแยงคิง) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละ อสม. ที่เข้าร่วมโครงการ “ออกแสงแยงคิง” คนหนองคาย สุขภาพดี ปี 2566 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (จากโปรแกรมออกแสงแยงคิงเว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://wwwnko3.moph.go.th/miss_nk/)	ร้อยละ 45	ร้อยละ 45
4		ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
6		ร้อยละ 55	ร้อยละ 55
8		ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
10		ร้อยละ 65	ร้อยละ 65

1.2 กลุ่มที่ 2 ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็บไซต์ออกแสงแยงคิง) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมโครงการ “ออกแสงแยงคิง” คนหนองคายสุขภาพดี ปี 2566 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (จากโปรแกรมออกแสงแยงคิงเว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://wwwnko3.moph.go.th/miss_nk/)	ร้อยละ 45	ร้อยละ 45
4		ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
6		ร้อยละ 55	ร้อยละ 55
8		ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
10		ร้อยละ 65	ร้อยละ 65

1.3 กลุ่มที่ 3 ร้อยละประชากรวัยทำงาน 18 – 59 ปี สมัครเข้าร่วมโครงการ Healthy Nong Khai ออกแสงแยงคิง 99 วันสุขภาพดีขึ้น มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัดจากเว็บไซต์ออกแสงแยงคิง) (10 คะแนน)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
2	ร้อยละ ประชาชนวัยทำงานอายุ 18 – 59 ปี ที่เข้าร่วมโครงการ “ออกแสงแยงคิง” คนหนองคายสุขภาพดี ปี 2566 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (จากโปรแกรมออกแสงแยงคิงเว็บไซต์ สสจ.หนองคาย https://wwwnko3.moph.go.th/miss_nk/)	ร้อยละ 45	ร้อยละ 45
4		ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
6		ร้อยละ 55	ร้อยละ 55
8		ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
10		ร้อยละ 65	ร้อยละ 65

7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง $\leq$ ร้อยละ 1.75 (5 คะแนน) คะแนนจาก ตัวชี้วัดงาน NCD

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
1	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 3.75	$\leq$ ร้อยละ 3.75
2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 3.25	$\leq$ ร้อยละ 3.25
3	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 2.75	$\leq$ ร้อยละ 2.75
4	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 2.25	$\leq$ ร้อยละ 2.25
5	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	$\leq$ ร้อยละ 1.75	$\leq$ ร้อยละ 1.75

ตัวชี้วัดที่ 12	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs												
12.1/12.1/10.1	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 80\%$												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	1.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 1.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธีดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชม. มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีการเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคส(RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไปโดยวิธีการเจาะปลายนิ้ว(FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชม. มีค่า ≥ 126 mg/dl หมายเหตุ : ควรดำเนินการวิธีที่ 1 เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถใช้การคัดกรองโดยวิธีที่ 2 ได้เลย 1.2 ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน)ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน หมายเหตุ :ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน 1 – 180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน												
เป้าหมาย	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยเบาหวาน $\geq 80\%$												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ทุกระดับ													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง(FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน)ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นผู้สงสัยป่วยโรคเบาหวาน												
สูตรคำนวณ	$(A/B \times 100)$												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $< 50\%$</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 50\%$</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 60\%$</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 70\%$</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 80\%$</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $< 50\%$	2	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 50\%$	3	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 60\%$	4	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 70\%$	5	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 80\%$
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $< 50\%$												
2	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 50\%$												
3	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 60\%$												
4	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 70\%$												
5	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 80\%$												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				
	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยสงสัยป่วย เบาหวาน	ร้อยละ	71.56	71.93	87.32
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	672	609	90.63
	2	ท่าบ่อ	346	305	88.15
	3	โพนพิสัย	204	165	80.88
	4	ศรีเชียงใหม่	162	139	85.8
	5	สังคม	130	109	83.85
	6	สระใคร	104	96	92.31
	7	เผ่าไร่	58	43	74.14
	8	รัตนวาปี	40	38	95
	9	โพธิ์ตาก	99	78	78.79
	10	พิสัยเวหา	23	23	100
		รวม	1838	1605	87.32
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์			โทร.062 9794966	
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 12	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
12.1/12.1/10.1	2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq 93\%$
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	2.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับ การคัดกรองความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย(SBP)ระหว่าง 140-179 mmHg และ/ หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90 - 109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้ รับ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ 2.2 ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดัน โลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring :HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจความดัน โลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนว ทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการ วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย $\geq$ ร้อยละ 80 แต่ควน เน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring :HBPM) $\geq$ ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แม่นยำกว่าการวัดความ ดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัด แบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง และได้รับการตรวจติดตามโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring(HBPM)) หรือตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขในปัจุบันประมาณ type area 1,3
เป้าหมาย	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq 93\%$
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ทุกระดับ	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq 80 \%$
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบวัดความดัน โลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring :HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจความดัน โลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนว ทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการ วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงใน ปัจุบันประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน					เกณฑ์การให้คะแนน				
	1		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 53%							
	2		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 63%							
	3		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 73%							
	4		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 83%							
	5		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 93%							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด					หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			
							2563	2564	2565	
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง					ร้อยละ	NA	94.75	90	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565									
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ					
	1	หนองคาย	2086	1933	92.67					
	2	ท่าบ่อ	1499	1394	93					
	3	โพนพิสัย	601	557	92.68					
	4	ศรีเชียงใหม่	526	526	100					
	5	สังคม	337	329	97.63					
	6	สระใคร	98	94	95.92					
	7	เผ่าไร่	301	300	99.67					
	8	รัตนวาปี	95	94	98.95					
	9	โพธิ์ตาก	239	231	96.65					
	10	พิสัยเวหา	4	4	100					
		รวม	5786	5482	94.75					
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC									
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์					โทร.062 9794966				
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย					โทร. 042 413354 ต่อ 105				

ตัวชี้วัดที่ 12	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs				
12.2/12.2/10.2	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา(Pre DM)≤1.75 %				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา 1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100-125 mg/dl หรือค่าระดับ FPG 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ 2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area 1,3				
เป้าหมาย	ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา ≤ 1.75%				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
ทุกระดับ	ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา ≤ 1.75 %				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา				
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา > ร้อยละ 2.05			
	2	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา ≤ ร้อยละ 2.05			
	3	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา ≤ ร้อยละ 1.95			
	4	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา ≤ ร้อยละ 1.85			
	5	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา ≤ ร้อยละ 1.75			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา	ร้อยละ	2.35	2.35	2.52

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	5138	175	3.41
	2	ท่าบ่อ	2781	47	1.69
	3	โพนพิสัย	1787	21	1.17
	4	ศรีเชียงใหม่	1044	24	2.3
	5	สังคม	637	21	3.3
	6	สระใคร	795	31	3.9
	7	เฝ้าไร่	1069	10	0.94
	8	รัตนวาปี	526	11	2.09
	9	โพธิ์ตาก	398	8	2.01
	10	พิสัยเวหา	165	13	7.88
		รวม	14340	361	2.52
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์			โทร.062 9794966	
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 12	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs				
12.3/12.3/10.3	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 1) ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ≥ 40				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่พื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HBA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HBA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 หมายเหตุ : 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 รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 4.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-18.5 5.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด				
เป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
ทุกระดับ	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40				
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี				
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและมารับบริการ				
สูตรคำนวณ	$(A1/B1) \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $<$ ร้อยละ 25			
	2	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ 25			
	3	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ 30			
	4	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ 35			
	5	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	
				2563	2564
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	25.75	23.93	33.87

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	9912	2907	29.33
	2	ท่าบ่อ	5353	1371	25.61
	3	โพนพิสัย	4895	2905	59.35
	4	ศรีเชียงใหม่	1718	662	38.53
	5	สังคม	1231	335	27.21
	6	สระใคร	1304	488	37.42
	7	เผ่าไร่	2825	1085	38.41
	8	รัตนวาปี	2321	405	17.45
	9	โพธิ์ตาก	832	222	26.68
	10	พิสัยเวช	358	34	9.50
		รวม	30749	10414	33.87
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์			โทร.062 9794966	
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 12	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs																	
12.3/12.3/10.3	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 2) ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq 60\%$																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I10 -I15 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ > 90 mmHg จากการตรวจสอบที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ																	
เป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60																	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																	
ทุกระดับ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60																	
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ C1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ																	
รายการข้อมูล 2	A2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนมารับบริการในสถานบริการมีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ C2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการและไม่มีค่าระดับความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ																	
สูตรคำนวณ	(A1/B1) $\times$ 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $<$ ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $<$ ร้อยละ 45	2	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 45	3	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 50	4	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 55	5	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $<$ ร้อยละ 45																	
2	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 45																	
3	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 50																	
4	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 55																	
5	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี</td><td>ร้อยละ</td><td>65.66</td><td>60.85</td><td>68.36</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2563	2564	2565	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	65.66	60.85	68.36
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ																
		2563	2564	2565														
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	65.66	60.85	68.36														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	16063	9416	58.62
	2	ท่าบ่อ	9119	4300	47.15
	3	โพนพิสัย	7675	4189	54.58
	4	ศรีเชียงใหม่	3537	2069	58.50
	5	สังคม	2640	1582	59.92
	6	สระใคร	2089	1358	65.01
	7	เผ่าไร่	4352	2380	54.69
	8	รัตนวาปี	3906	1979	50.67
	9	โพธิ์ตาก	1491	832	55.80
	10	พิสัยเวช	524	139	26.53
		รวม	51396	35132	68.36
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์			โทร.062 9794966	
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 12	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค NCDs
12.4/12.4/-	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด : ร้อยละ ระดับ คปสอ. : ระดับความสำเร็จ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus หมายถึง การปรับปรุง แนวทางการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ครอบคลุม 2 ส่วน ได้แก่ 1.1 การประเมินกระบวนการ ตาม 6 องค์ประกอบ (50 คะแนน) ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 1.2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 11 ตัวชี้วัด (50 คะแนน) กิจกรรมหลักในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus 1) ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้แก่ หน่วยบริการระดับอำเภอ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2) หน่วยบริการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข และจัดทำสรุปผลส่งตามแผนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ในรอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง 3) จังหวัดลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus แก่สถานบริการสาธารณสุข และคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นระดับจังหวัด พร้อมทั้งส่งรายงานผลการดำเนินงานตามแผนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 4) จังหวัดรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ของเครือข่ายบริการสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และจัดทำสรุปผลส่งตามแผนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ในรอบ 6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง 2. NCD Clinic Plus หมายถึง คลินิก ศูนย์ เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่กลุ่มประชากร กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ โดยมีการประเมินคุณภาพครอบคลุมทั้งการประเมินกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการบริการ สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F2, F3) โรงพยาบาลขนาดกลาง (M1, M2, F1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (A, S) โดยมุ่งเน้นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT กลุ่มป่วย DM, HT และกลุ่มป่วย DM , HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ทุก รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป
วิธีการประเมิน	1. จากรายงานผลการประเมินตนเองคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 และรอบที่ 2 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดดำเนินการลงประเมินสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่าย 3. ตรวจสอบเอกสาร/ทะเบียน/รายงานอ้างอิง 4. ข้อมูลจาก HDC

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด	สถานบริการผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A1/B1) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <70</td></tr> <tr> <td>2</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>4</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>5</td><td>สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <70	2	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70	3	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80	4	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90	5	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ <70												
2	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 70												
3	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80												
4	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 90												
5	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100												
ระดับ คปสอ.	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 100												
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนประเมินการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง												
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนเต็ม												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	เกณฑ์การตัดสิน ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน = < 65 คะแนน ระดับพื้นฐาน = 65-74 คะแนน ระดับดี = 75-79 คะแนน ระดับดีมาก = 80-84 คะแนน ระดับดีเด่น = 85-100 คะแนน <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ต่ำกว่าระดับพื้นฐาน</td></tr> <tr> <td>2</td><td>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับพื้นฐาน</td></tr> <tr> <td>3</td><td>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดี</td></tr> <tr> <td>4</td><td>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีมาก</td></tr> <tr> <td>5</td><td>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีเด่น</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ต่ำกว่าระดับพื้นฐาน	2	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับพื้นฐาน	3	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดี	4	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีมาก	5	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีเด่น
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ต่ำกว่าระดับพื้นฐาน												
2	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับพื้นฐาน												
3	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดี												
4	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีมาก												
5	สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีเด่น												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	สถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้น	ร้อยละ	9/9 (100%)	7/9 (77.78%)	9/9 (100%)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ระดับ
	1	หนองคาย	100	87.6	ดีเด่น
	2	ท่าบ่อ	100	81.76	ดีมาก
	3	โพนพิสัย	100	92.8	ดีเด่น
	4	ศรีเชียงใหม่	100	83.68	ดีมาก
	5	สังคม	100	84.8	ดีมาก
	6	สระใคร	100	86	ดีเด่น
	7	เฝ้าไร่	100	90.56	ดีเด่น
	8	รัตนวาปี	100	87.68	ดีเด่น
	9	โพธิ์ตาก	100	83.36	ดีมาก
	10	พิสัยเวหา	-	-	-
		รวม	100	9/9(100%)	
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC				
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์		โทร.062 9794966		
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 042 413354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 13	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี																																		
13.1/-/-	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีไม่เกิน 30 ต่อแสนประชากร																																		
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	อัตราการตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีทั้งหมด (รหัส ICD-10 = C22) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือ โคเลงจิโอคาร์ซิโนมา หมายถึง ผู้มีผลการตรวจการทำงานของตับผิดปกติ ปวดท้อง ดีซ่าน น้ำหนักลด และอาจมีอาการคันทั่วไป มีไข้ สีของอุจจาระและปัสสาวะเปลี่ยนไป โรคนี้วินิจฉัยโดยอาศัยผลตรวจเลือด ผลตรวจภาพรังสี ผลการส่องกล้อง และบางครั้งอาจต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดสำรวจ มะเร็งท่อน้ำดีมักปรากฏอาการในระยะท้ายๆ ของโรคซึ่งทำให้เป็นการจำกัดทางเลือกในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็ง ความผิดปกติแต่กำเนิดของตับ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างเช่น พยาธิใบไม้ในตับ Opisthorchisviverrini หรือ Clonorchissinensis การสัมผัสสารที่บ่งชี้บางชนิดเช่น Thorotrast เป็นต้น																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร																																		
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : อัตราตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีไม่เกิน 30 ต่อแสนประชากร																																		
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์																																		
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																		
ระดับจังหวัด																																			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี (รหัส ICD-10 = C22)																																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรปี 2565																																		
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 34 ต่อประชากรแสนคน</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 33 ต่อประชากรแสนคน</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 32 ต่อประชากรแสนคน</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 31 ต่อประชากรแสนคน</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 30 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 34 ต่อประชากรแสนคน				2	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 33 ต่อประชากรแสนคน				3	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 32 ต่อประชากรแสนคน				4	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 31 ต่อประชากรแสนคน				5	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 30 ต่อประชากรแสนคน			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 34 ต่อประชากรแสนคน																																		
2	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 33 ต่อประชากรแสนคน																																		
3	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 32 ต่อประชากรแสนคน																																		
4	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 31 ต่อประชากรแสนคน																																		
5	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ≤ 30 ต่อประชากรแสนคน																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td></tr><tr><td>อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี</td><td>ร้อยละ</td><td>33.88</td><td>29.56</td><td>24.76</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี	ร้อยละ	33.88	29.56	24.76																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2563	2564	2565																															
อัตราการตายโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี	ร้อยละ	33.88	29.56	24.76																															

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	จำนวนประชากร ปี 2564 (ราย)	จำนวนผู้เสียชีวิต โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (ราย) ICD 10=C22	ต่อแสนประชากร
	1	เมืองหนองคาย	150,103	38	25.31
	2	ท่าบ่อ	82,282	21	25.52
	3	โพนพิสัย	98,258	19	19.33
	4	ศรีเชียงใหม่	29,841	9	30.15
	5	สังคม	25,633	9	35.11
	6	สระใคร	26,565	6	22.58
	7	เผ่าไร่	50,858	15	29.49
	8	รัตนวาปี	38,057	7	18.39
	9	โพธิ์ตาก	15,246	4	26.23
	จังหวัดหนองคาย		516,843	128	24.76
เอกสารอ้างอิง	1.ฐานข้อมูลประชากร 2.ฐานข้อมูลการตายของกองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร.093-9797082	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			โทร 042 413345 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 13	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี						
13.2/-/	อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 5						
หน่วยวัด	อัตรา						
น้ำหนัก	ร้อยละ						
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีครั้งแรก (ICD 10 = C22)						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร						
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 5						
วิธีการประเมิน	ดูผลงานเปรียบเทียบระหว่างปี 2565 กับ ปี 2566 จากโปรแกรม 43 แฟ้ม HDC						
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4) ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปีงบประมาณ 2566						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปีงบประมาณปี 2565						
สูตรคำนวณ	[(B - A)/B] x 100						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 1					
	2	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 2					
	3	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 3					
	4	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 4					
	5	อัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ลดลงจากปี 2565 ร้อยละ 5					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
			2562	2563	2564	2565	
		อัตราผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่	จำนวน	63.99	80.44	87.68	268
			ต่อประชากรแสนคน	458	279	213	51.85
	ลดลงเพิ่มขึ้น		เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.04	ลดลงร้อยละ 39.08	ลดลงร้อยละ 23.65	เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.82	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565						
	ลำดับ	คปสอ.	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีปี 2564 (ราย)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีปี 2565 (ราย)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ลดลงร้อยละ		
	1	หนองคาย	96	125	เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.20		
	2	ท่าบ่อ	81	105	เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.62		
	3	โพนพิสัย	17	13	ลดลงร้อยละ 23.52		
	4	ศรีเชียงใหม่	5	1	ลดลงร้อยละ 80		
	5	สังคม	1	3	เพิ่มขึ้นร้อยละ 200		
	6	สระใคร	8	6	ลดลงร้อยละ 25		
	7	เผ่าไร่	2	5	เพิ่มขึ้นร้อยละ 150		
	8	รัตนวาปี	3	7	เพิ่มขึ้นร้อยละ 133		
	9	โพธิ์ตาก	0	2	เพิ่มขึ้นร้อยละ 200		
	จังหวัดหนองคาย		213	268	เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.82		
	เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC					
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร. 093 9797082			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105			

ตัวชี้วัดที่ 13	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี															
13.3/-/-	อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ															
หน่วยวัด	อัตรา															
น้ำหนัก	ร้อยละ															
คำอธิบาย	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ หมายถึง ประชาชนที่ตรวจอูจจาะพบพยาธิใบไม้ตับได้รับการตรวจอูจจาะซ้ำยังพบพยาธิใบไม้ตับ การดำเนินงาน ทุกตำบลตรวจอูจจาะซ้ำในผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในปี 2565															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนตรวจอูจจาะพบพยาธิใบไม้ตับซ้ำ															
เป้าหมาย	อัตราการติดเชื้อซ้ำน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5															
วิธีการประเมิน	รวบรวมข้อมูลผลการตรวจอูจจาะ															
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ในรอบที่ 2: ข้อมูล ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจอูจจาะซ้ำพบพยาธิใบไม้ตับ															
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจอูจจาะซ้ำทั้งหมด															
สูตรคำนวณ	A/B x 100															
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ 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>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 6</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 5</td></tr></table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 9	2	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 8	3	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 7	4	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 6	5	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 5
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน															
1	อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 9															
2	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 8															
3	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 7															
4	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 6															
5	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ≤ ร้อยละ 5															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ												
				2563	2564	2565										
	อัตราผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ		ร้อยละ	5.84	7.59	1.01										
	ผลการดำเนินงานปี งบประมาณ 2565															
	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565														
		ตรวจอูจจาะซ้ำ (ราย)	พบพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ												
	เมืองหนองคาย	25	0	0.00												
	ท่าบ่อ	34	0	0.00												
	โพนพิสัย	78	1	1.28												
	ศรีเชียงใหม่	1	0	0.00												
สังคม	3	0	0.00													
สระใคร	2	0	0.00													
เฝ้าไร่	1	0	0.00													
รัตนวาปี	54	1	1.85													
โพธิ์ตาก	1	0	0.00													
จังหวัดหนองคาย	199	2	1.01													
เอกสารอ้างอิง	1. แบบฟอร์ม excel ผลตรวจอูจจาะ 2. รง.506 (เฉพาะผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ)															
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร. 093 9797082												
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105												

ตัวชี้วัดที่ 13	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี																																		
13.4/13/11	อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกินร้อยละ 5																																		
หน่วยวัด	อัตรา																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	ผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ <u>การดำเนินงาน</u> - ทุกตำบลตรวจอุจจาระคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งข้อขึ้นไป - เป้าหมายการตรวจอุจจาระ คือ ตำบลละ 50 ราย และถ้าตำบลนั้นมี 2 รพ.สต.ๆ ละ 25 ราย <u>ปัจจัยเสี่ยงมีดังนี้</u> 1. ผู้ที่เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ 2. ผู้มีประวัติกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ 3. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีปัจจัยเสี่ยง 1 ข้อขึ้นไปและไม่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ																																		
เป้าหมาย	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ 5																																		
วิธีการประเมิน	โปรแกรม Isan cohort, ฟอรัม excel, รายงาน 506																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																		
ทุกระดับ																																			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรที่ตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับ																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรที่ตรวจอุจจาระทั้งหมด																																		
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน (ร้อยละ)</td><td>รอบที่ 1 (ร้อยละ)</td><td colspan="2">รอบที่ 2 (ร้อยละ)</td></tr><tr><td>1</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน</td><td>18</td><td colspan="2">9</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน</td><td>16</td><td colspan="2">8</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน</td><td>14</td><td colspan="2">7</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน</td><td>12</td><td colspan="2">6</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน</td><td>10</td><td colspan="2">5</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ร้อยละ)	รอบที่ 1 (ร้อยละ)	รอบที่ 2 (ร้อยละ)		1	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	18	9		2	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	16	8		3	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	14	7		4	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	12	6		5	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	10	5	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน (ร้อยละ)	รอบที่ 1 (ร้อยละ)	รอบที่ 2 (ร้อยละ)																																
1	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	18	9																																
2	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	16	8																																
3	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	14	7																																
4	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	12	6																																
5	อัตราผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกิน	10	5																																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td></tr><tr><td>อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกินร้อยละ 5</td><td>ร้อยละ</td><td>4.38</td><td>1.86</td><td>0.71</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	4.38	1.86	0.71																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2563	2564	2565																															
อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ	4.38	1.86	0.71																															

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	ตรวจอูจจาระ(ราย)	ติดพยาธิใบไม้ตับ (ราย)	ร้อยละ
	1	เมืองหนองคาย	791	2	0.25
	2	ท่าบ่อ	600	1	0.16
	3	โพนพิสัย	969	11	1.13
	4	ศรีเชียงใหม่	193	0	0.00
	5	สังคม	239	4	1.67
	6	สระใคร	145	0	0.00
	7	เฝ้าไร่	231	4	1.73
	8	รัตนวาปี	361	4	1.10
	9	โพธิ์ตาก	144	0	0.00
	จังหวัดหนองคาย		3,673	26	0.71
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม Isan cohort, ฟอรัม excell, รายงาน 506 2. ฟอรัม excell 3. รายงาน 506				
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร มณี			โทร.093-979782	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 14/14/-	RTI (Road Traffic Injury) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน 26 ต่อประชากรแสนคน
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	อัตราต่อแสนประชากร
คำอธิบาย	ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน นับตั้งแต่เกิดเหตุจนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงการเสียชีวิตที่เกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. และเสียชีวิตในตึกผู้ป่วยหลัง 24 ชม.จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชอกลับไปตายที่บ้าน ทั้งนี้ ให้นับข้อมูลรวมทุกกลุ่มอายุโดยใช้ข้อมูลจากการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด) อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง การชนหรืออุบัติเหตุการเคลื่อนที่มีพาหนะที่กำลังเคลื่อนที่เพื่อวัตถุประสงค์ในการเดินทางจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่ง ซึ่งเกิดบริเวณทางตามกฎหมายว่าด้วยจราจรทางบก รวมทั้งทางส่วนบุคคล เป็นเหตุให้ทรัพย์สินเสียหาย หรือมีผู้บาดเจ็บ หรือมีผู้เสียชีวิต ไม่รวมทางน้ำ และทางอากาศ รหัส ICD10 (V01-V89) แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2565-2570) มีการกำหนดเป้าหมายลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลง ร้อยละ 50 ภายในปี 2573 ประกอบกับตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีกำหนดให้อัตราการเสียชีวิตไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี 2570 ศปถ. ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผล การตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2566 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน โดยในปีงบประมาณ 2566 กองป้องกันการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข จึงตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 26.13 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) เป็นเกณฑ์ แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2560-2566 เน้นใน 4 ด้าน (1) ด้านการบริหารจัดการ (2) ด้านการจัดการข้อมูล (3) ด้านการป้องกัน (4) ด้านการรักษา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกกลุ่มอายุในจังหวัด/อำเภอ
เป้าหมาย	รอบที่ 1 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 13 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน) รอบที่ 2 : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล 3 ฐาน)
วิธีการประเมิน	การคำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับ ค่าเป้าหมาย จากข้อมูล 3 ฐานของจังหวัดหนองคายในปีนั้น
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566

ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน							
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			> 22	> 35		
	2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน			≤ 22	≤ 35		
	3	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน			≤ 19	≤ 32		
	4	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน			≤ 16	≤ 29		
	5	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน			≤ 13	≤ 26		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
					2563	2564	2565	
	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูล 3 ฐาน)			อัตราต่อแสนประชากร	143 (27.40)	151 (28.91)	141 (27.28)	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564-2565							
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2564		เป้าหมาย	ปี 2565	
				ผลงาน	อัตรา		ผลงาน	อัตรา
	1	เมืองหนองคาย	150,780	38	25.20	150,103	50	33.31
	2	ท่าบ่อ	82,910	28	33.77	82,282	18	21.88
	3	โพนพิสัย	98,984	32	32.33	98,258	31	31.55
	4	ศรีเชียงใหม่	30,860	15	48.61	29,841	5	16.76
5	สังคม	25,506	7	27.44	25,633	12	46.81	
6	สระใคร	26,920	9	33.43	26,565	5	18.82	
7	เผ่าไร่	52,256	9	17.22	50,858	10	19.66	
8	รัตนวาปี	38,779	8	20.63	38,057	8	21.02	
9	โพธิ์ตาก	15,316	5	32.65	15,246	2	13.12	
	รวม	522,311	151	28.91	516,843	141	27.28	
เอกสารอ้างอิง	1) ข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ บริษัทกลาง) ของจังหวัด 2) โปรแกรมรายงาน PHER ACCIDENT กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3) โปรแกรมรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 43 แฟ้ม (รหัส ICD-10 = V01-V89)/HDC และจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 4) รายงานสอบสวนอุบัติเหตุเสียชีวิต							
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวอณัญญา หาบุญมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2. นายมนตรี ดิษฐสร้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				โทรศัพท์. : 087-6962801 e-mail : ananya7667@gmail.com โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com			
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย				โทร.042-421027 โทรสาร 042-421026			

ตัวชี้วัดที่ 14.1/14.1/-	ความสำเร็จการดำเนินการกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป										
หน่วยวัด	ร้อยละ (จังหวัด) จำนวนกิจกรรมในระดับดีมากขึ้นไป (คปสอ.)										
น้ำหนัก	ร้อยละ										
คำอธิบาย	แนวทางการดำเนินการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เน้น 4 ด้าน (1.) ด้านการบริหารจัดการ (2.) การจัดการข้อมูล (3.) ด้านการป้องกัน (4.) ด้านการรักษา การประเมินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ประเมินตามเกณฑ์ D-RTI^{+Plus} ปี 2566 ดังนี้ การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI^{+Plus}) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ โดยเกิดจากร่วมกันเลือกประเด็นปัญหาของอำเภอ ผ่านกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (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.2565” สามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com) <table border="1"> <thead> <tr> <th>กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI^{+Plus}</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (ศปถ.อำเภอ/พชอ.)</td><td> - มีการจัดตั้งคณะทำงานคณะอนุกรรมการไปได้ ศปถ.อำเภอหรือพชอ. - มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่วาระการประชุมแบบมีส่วนร่วมความสามารถของสหสาขาของอำเภอ (ศปถ.อำเภอ/พชอ.) </td></tr> <tr> <td>2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักกระบวนทัศน์การบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยก รายตำบล 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 หรือ Swiss Cheese Model การสอบสวนเชิงลึก</td><td> - มีการสอบสวนการเสียชีวิต 1 รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บ 2 รายขึ้นไปหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ โดยใช้ตาราง Haddon's matrix หรือ Swiss Cheese Model การสอบสวนเชิงลึก - มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อ ศปถ.อำเภอ/พชอ. </td></tr> <tr> <td>4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของ</td><td> - นำสถานการณ์ปัญหา มาวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อทำการวิเคราะห์รากของปัญหา เช่นกรณีเด็กเยาวชนเมาแล้ว ขับขี่ยานยนต์ อื่นๆ </td></tr> </tbody> </table>	กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	เกณฑ์การประเมิน	1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (ศปถ.อำเภอ/พชอ.)	- มีการจัดตั้งคณะทำงานคณะอนุกรรมการไปได้ ศปถ.อำเภอหรือพชอ. - มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่วาระการประชุมแบบมีส่วนร่วมความสามารถของสหสาขาของอำเภอ (ศปถ.อำเภอ/พชอ.)	2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักกระบวนทัศน์การบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยก รายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง	- จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ เช่น จำนวนครั้ง/การเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต - จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับปีย้อนหลังเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน - จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินผลตำบลเสี่ยง - จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง - จำแนกถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการการต่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่หรือทำแผนที่ประกอบ - นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 1.บุคคล 2.สภาวะแวดล้อม 3.ระบบที่เกี่ยวข้อง	3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ตาราง Haddon's matrix หรือ Swiss Cheese Model การสอบสวนเชิงลึก	- มีการสอบสวนการเสียชีวิต 1 รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บ 2 รายขึ้นไปหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ โดยใช้ตาราง Haddon's matrix หรือ Swiss Cheese Model การสอบสวนเชิงลึก - มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อ ศปถ.อำเภอ/พชอ.	4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของ	- นำสถานการณ์ปัญหา มาวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อทำการวิเคราะห์รากของปัญหา เช่นกรณีเด็กเยาวชนเมาแล้ว ขับขี่ยานยนต์ อื่นๆ
กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus}	เกณฑ์การประเมิน										
1. มีการจัดตั้งคณะทำงาน core team และมีการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (ศปถ.อำเภอ/พชอ.)	- มีการจัดตั้งคณะทำงานคณะอนุกรรมการไปได้ ศปถ.อำเภอหรือพชอ. - มีการประชุมขับเคลื่อน/วางแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่วาระการประชุมแบบมีส่วนร่วมความสามารถของสหสาขาของอำเภอ (ศปถ.อำเภอ/พชอ.)										
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักกระบวนทัศน์การบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยก รายตำบล และกลุ่มอายุและข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง	- จัดทำข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ เช่น จำนวนครั้ง/การเกิดเหตุ/การบาดเจ็บ/การเสียชีวิต - จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับปีย้อนหลังเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน - จำแนกรายตำบล เพื่อชี้เป้าและประเมินผลตำบลเสี่ยง - จำแนกกลุ่มอายุ เพื่อประเมินมาตรการต่อกลุ่มเสี่ยง - จำแนกถนนเกิดเหตุ เพื่อประเมินมาตรการการต่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนเฉพาะพื้นที่หรือทำแผนที่ประกอบ - นำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 1.บุคคล 2.สภาวะแวดล้อม 3.ระบบที่เกี่ยวข้อง										
3. มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ตาราง Haddon's matrix หรือ Swiss Cheese Model การสอบสวนเชิงลึก	- มีการสอบสวนการเสียชีวิต 1 รายขึ้นไปหรือบาดเจ็บ 2 รายขึ้นไปหรือเหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจ โดยใช้ตาราง Haddon's matrix หรือ Swiss Cheese Model การสอบสวนเชิงลึก - มีการนำเสนอรายงานการสอบสวนต่อ ศปถ.อำเภอ/พชอ.										
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อหารากของ	- นำสถานการณ์ปัญหา มาวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ (problem tree) เพื่อทำการวิเคราะห์รากของปัญหา เช่นกรณีเด็กเยาวชนเมาแล้ว ขับขี่ยานยนต์ อื่นๆ										

	ปัญหา หมายเหตุ : สามารถใช้แนวคิดอื่นในการวิเคราะห์รากปัญหาได้	- สรุปลึ้รากของปัญหา เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข
	5. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบันไดผลลัพท์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม	- สร้างบันไดผลลัพท์ เพื่อกำหนดเป้าหมาย เช่น ลดจำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต ในกลุ่มเด็กและเยาวชน จำนวนองค์กรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมมาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัย เพิ่มอัตราการสมหมวกนิรภัย เป็นต้น - มีการวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้านในการดำเนินงานตามเป้าหมาย
	6. จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-team) หรือ ศปอ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (problem tree)	- มีการขับเคลื่อนทีมระดับตำบลหรือหน่วยงานที่มีสมาชิกมาจาก อบต.,เทศบาล,รพ.สต.,กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครชุมชน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพอพพร.,อสม.,ชรบ. เป็นต้น ร่วมกันเป็นทีมระดับตำบลในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI-team) - มีการจัดตั้ง RTI-team 3 ตำบล - มีการประชุม RTI-team 3 ตำบล - มีกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 3 ตำบล เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยง การทำมาตรการชุมชน ด้านชุมชน มาตรการองค์กร เป็นต้น - ร่วมสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล / ชุมชน (problem tree)
	7. ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	- ดำเนินการตามมาตรการ แผนงานและกิจกรรม สอดคล้องตามผลการวิเคราะห์ปัญหาของอำเภอ - จำนวนกิจกรรมที่เกิดขึ้น - แสดงรายละเอียดมาตรการ การดำเนินงาน ภาพ/กิจกรรม
	8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ย (black spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety zone)	- มีการชี้เป้าและจัดการแก้ไขจุดเสี่ยงโดยการนำเสนอข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่าย ข้อมูลการสอบสวนฯ มาวิเคราะห์สาเหตุ ค้นหาและชี้เป้าจุดเสี่ยง หรือสถานที่ที่เสี่ยง เช่น ถนน สี่แยก สามแยก หน้าโรงเรียนโรงงาน หมู่บ้าน ตลาดสด หรือพฤติกรรมเสี่ยงบนถนน เช่น ย้อนศร บรรทุกเกิน ขับรถเร็ว จอดไหล่ทาง เป็นต้น
	9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต,การบาดเจ็บและจำนวนครั้ง การเกิดอุบัติเหตุวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลมาตรการ เฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพท์)	- มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ และประเมินผลข้อมูลการเสียชีวิตการบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาตามบันไดผลลัพท์ที่กำหนดไว้ - วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค แรงเสริม-แรงต้าน - มีประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ - มีการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพท์
	หมายเหตุ : ในกรณีที่มีการดำเนินงานนอกเหนือ 9 กิจกรรมนี้ ที่เป็นนวัตกรรมใหม่และดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับที่วัดผลผลิตหรือผลลัพท์ได้ สามารถนำเสนอเพิ่มเติมได้ โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการประเมิน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ.ในจังหวัดหนองคาย	

เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป ร้อยละ 100 ระดับ คปสอ. : ผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป				
วิธีการประเมิน	ประเมินตามแบบประเมินกรอบการดำเนินงาน D-RTI ^{+Plus} : มีรอบกิจกรรมดำเนินงาน 9 กิจกรรม โดยใช้เกณฑ์การดำเนินงาน ระดับดีมาก (Excellent)				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
ระดับจังหวัด	ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI ^{+Plus}) ระดับดีมาก (Excellent) ขึ้นไป				
รายการข้อมูล 1	ระดับจังหวัด A = จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus}				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	รอบที่ 1 : ยังไม่ประเมิน				
	รอบที่ 2 : อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมากขึ้นไป				
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 5 อำเภอ			
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 6 อำเภอ			
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 7 อำเภอ			
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 8 อำเภอ			
5	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมาก 9 อำเภอ				
ระดับ คปสอ.	การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ(D-RTI ^{+Plus}) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent)				
รายการข้อมูล	จำนวนกิจกรรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ในระดับดีมาก (Excellent)				
สูตรคำนวณ	ระดับ คปสอ : นับกิจกรรมที่ดำเนินการและผ่านในระดับดีมาก (Excellent)				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1 (กิจกรรม)			
	1	มีการดำเนินงานในกิจกรรมที่ 1, 9			
	2	ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 2 กิจกรรม			
	3	ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 4 กิจกรรม			
	4	ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 6 กิจกรรม			
	5	ระดับคะแนนที่ 1 + เพิ่มอีก 7 กิจกรรม			
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent) (กิจกรรม)			
	1	มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 5 กิจกรรม			
	2	มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 6 กิจกรรม			
	3	มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 7 กิจกรรม			
	4	มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 8 กิจกรรม			
	5	มีการดำเนินงาน 9 กิจกรรม และผ่าน 9 กิจกรรม			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง D-RTI ^{+Plus} ระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ 100)	ร้อยละ	88.88	100	100

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564 - 2565						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ปี 2564		ปี 2565	
				ผลงาน	ระดับ	ผลงาน	ระดับ
	1	หนองคาย	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	advanced
	2	ท่าบ่อ	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	advanced
	3	โพนพิสัย	100	ผ่าน	advanced	ผ่าน	advanced
	4	ศรีเชียงใหม่	100	ผ่าน	advanced	ผ่าน	advanced
	5	สังคม	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
	6	สระใคร	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
	7	เผ่าไร่	100	ผ่าน	advanced	ผ่าน	advanced
	8	รัตนวาปี	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
	9	โพธิ์ตาก	100	ผ่าน	Excellent	ผ่าน	Excellent
		รวม	100	100	G0/E6/A3	100	G0/E4/A5
เอกสารอ้างอิง	หนังสือ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในระดับอำเภอ ปี 2565” และสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ www.thaincd.com กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข						
ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวอนัญญา หาบุญมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				โทรศัพท์. : 087-6962801 e-mail : ananya7667@gmail.com		
	2. นายมนตรี ดิษฐสรัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				โทรศัพท์. : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย				โทร. 042-421027 โทรสาร 042-421026		

ตัวชี้วัดที่ 15/15/-	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต
15.1/15.1/-	ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ 90)
หน่วยวัด	อัตรา/ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงอาการข้างเคียงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ดังนี้ 1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มล. หลังการผ่าตัดคลอดการคะเนปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง โดยทั่วไปอาการและการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15% ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1000 มล. 2. ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตรายเพราะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 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 110 มิลลิเมตรปรอท (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 มักเกิดตามหลังครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันขึ้นสูงมาก และมีการชักเกร็ง หดสติ ร่วมด้วย อาจมีเลือดออกในสมอง หากอยู่ในระยะนี้ต้องรักษาโดยเร็วที่สุด เพราะแม่และลูกมีอันตรายถึงแก่ชีวิต การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา

	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 : การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเช่นการฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพอบรมการทำคลอดทำกัน คลอดติดไหล่การอบรมพยาบาลผดุงครรภ์การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด 1. มารดาตาย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ 2. จำนวนสถานบริการที่มีความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก ตามที่กำหนด (9 อำเภอ) ระดับ คปสอ. 1. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก รอบที่ 1 : ร้อยละ 80 รอบที่ 2 : ร้อยละ 90	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC / Cockpit 1. โรงพยาบาลที่เกิดกรณีมารดาตายรายงาน สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง 2. รายงานสืบสวนการตาย(CE) จากโรงพยาบาล/อำเภอไปยัง สสจ. ภายใน 15 วัน 3. รายงานผลการ Conference maternal death case ภายใน 30 วัน	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2: ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566	
ระดับจังหวัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	อัตรามารดาตาย ไม่เกิน 21 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
	2	อัตรามารดาตาย ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
	3	อัตรามารดาตาย ไม่เกิน 19 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
	4	อัตรามารดาตาย ไม่เกิน 18 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
	5	อัตรามารดาตาย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
ระดับ คปสอ.	5 ขั้นตอน	

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ. รอบที่ 1	รอบที่ 1		
	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	1	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาระดับโรงพยาบาล/อำเภอ/CUP	0.5
		- มีแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการตายมารดา	0.5
	2	- มีนโยบาย/มาตรการลดการตายมารดา	0.5
		- มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	0.5
	3	ศูนย์อนามัย/สสจ./สสอ./รพ.มีการส่งเสริมและสนับสนุน (เช่น จัดประชุม/อบรม มาตรฐาน วิชาการ เยี่ยมเสริมพลัง วิทยากร สื่อต้นแบบ เป็นต้น) ให้หน่วยบริการ ผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยเน้น การดำเนินการเพื่อป้องกันการตายมารดา ทั้งสาเหตุทางตรงและสาเหตุทางอ้อม	1.0
ระดับ คปสอ. รอบที่ 2	4	- มีฐานข้อมูลแม่และเด็กแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ - หน่วยบริการทุกแห่งจำแนกประเภทครรภ์เสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน Low Risk, Very Low, High Risk, Very High ชัดเจน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการ คัดกรองความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตาม ครบทุกราย	0.5 0.5
	5	อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต	1.0
	รอบที่ 2		
	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	1	- มีการทบทวนสถานการณ์ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน รายโรงพยาบาล/ อำเภอ/CUP พร้อมทั้งสรุปรายงาน แก้ไขปัญหา	0.5
		- มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์	0.5
	2	- มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและระบบ โปรแกรมข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	1.0
ระดับจังหวัด	3	โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ CUP มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายเพื่อจัดการ แก้ปัญหาและพัฒนางานโดยเป็นทีมช่วยเหลือวิชาการการบริหารจัดการการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร (action)	(1.0)
		- มีฐานข้อมูลแม่ตาย และรายงานแม่ตายรายสัปดาห์ รายเดือนแก่ สสจ.	0.3
		- รายงานการประชุมสืบสวนการตายระดับอำเภอ	0.3
		- มีทะเบียน/รายงานการอบรม/ประชุมเพื่อพัฒนา/การบริหารจัดการ เช่น การ ป้องกันการตายจากการตกเลือด/ความดันโลหิตสูง/การคัดกรองความเสี่ยงและมี ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์/การดูแลภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม/การปฏิบัติตาม CPG	0.4
	4	- มีฐานข้อมูลแม่และเด็กแยกรายอำเภอ/ตำบล ครบทุกรายการ	0.5
		- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง/ลงโปรแกรม Save mom และกลุ่ม เสี่ยงได้รับการติดตามครบทุกราย	0.5
	5	อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต	1.0
ระดับจังหวัด	2. ความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก		
รายการข้อมูล 1	จำนวนอำเภอที่มีคะแนนความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการ งานอนามัยแม่และเด็ก - รอบที่ 1 ร้อยละ 80 - รอบที่ 2 ร้อยละ 90		

เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	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						
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ 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			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
			2561	2562	2563	2564	2565
	อัตราส่วนการตายมารดา	ต่อการเกิดมีชีวิตแรก	44.60	22.88	0	0	0
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565						
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ต่อแสนเกิดมีชีวิต		
	1	เมืองหนองคาย	486	0	0		
	2	ท่าบ่อ	243	0	0		
	3	โพนพิสัย	215	0	0		
	4	ศรีเชียงใหม่	74	0	0		
	5	สังคม	122	0	0		
	6	สระใคร	115	0	0		
	7	เผ่าไร่	202	0	0		
	8	รัตนวาปี	131	0	0		
	9	โพธิ์ตาก	60	0	0		
	10	พิสัยเวหา	35	0	0		
		รวม	1,683	0	0		
เอกสารอ้างอิง	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ - แผนงาน/โครงการ - รายงานการประชุม - รายงานการสืบสวนการตายมารดา และทารก - ระบบรายงาน HDC/Cockpit/neoscreen						
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์			โทร. 08 1964 3779			
	นางจรรยา คำอูน			โทร. 08 9710 5948			
	น.ส.ชนิษฐา นาหนองตุม			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 และวิเคราะห์สถานการณ์งาน อนามัยแม่และเด็กของ MCH อำเภอ 1.4 มีทะเบียนฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและมี ภาวะแทรกซ้อน และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า/ล่าช้า ได้รับการติดตามดูแล 1.5 มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงพบสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉิน จะต้องได้รับการช่วยเหลือ และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้า/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 ได้รับการ ติดตามเยี่ยมหรือส่งต่อเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง	ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 100 = 5 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 90 = 4 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 80 = 3 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 70 = 2 คะแนน ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 60 = 1 คะแนน	5
2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายที่จัดขึ้นเอง/โรงพยาบาลทั่วไป/MCH Board จังหวัด/เขตบริการ สุขภาพที่ 8 (ประเมินตามการจัดอบรมที่เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว)		5
2.1 อบรมเชิงปฏิบัติการ การทำคลอดและการใช้แบบฟอร์ม และกราฟดูแลคลอด สำหรับแพทย์พยาบาลและทบทวน มาตรฐานการดูแลคลอด	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้อบรม = 0 คะแนน	1
2.2 อบรมทักษะ แพทย์ พยาบาล ในการดูแลมารดาที่มีความ เสี่ยงสูง US, NST	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	1
2.3 พยาบาลห้องคลอดใหม่ทุกคนโรงพยาบาลชุมชน เข้ารับการ เพิ่มพูนทักษะการคลอดในโรงพยาบาล Node ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์	พยาบาลห้องคลอดผ่านการฝึกปฏิบัติทักษะ การคลอด - ครบทุกคน = 1 คะแนน - ไม่ครบทุกคน = 0 คะแนน	1
2.4 อบรม Neonatal resuscitation/Stabilization and Transportation และอบรมฟื้นฟูความรู้ การดูแลทารก Preterm and Low birth weigh ภาวะวิกฤติ สำหรับ แพทย์ พยาบาล	แพทย์/พยาบาล อย่างน้อย 1 คน = 1 คะแนน ไม่มีผู้เข้าอบรม = 0 คะแนน	1
2.5 อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ในการประเมิน คัดกรองเด็ก ปฐมวัยโดยใช้คู่มือDSPM และการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม จัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้และ ทักษะ - 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 ผ่านเกณฑ์การคลอตามมาตรฐานของของจังหวัด (เกณฑ์การให้คะแนน/แบบฟอร์มการประเมินตนเองของกรมการแพทย์/แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก) ตามเอกสารแนบท้ายตัวชี้วัด	ระดับคะแนน 1 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1 ระดับคะแนน 2 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2 ระดับคะแนน 3 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2,3 ระดับคะแนน 4 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4 ระดับคะแนน 5 ขึ้นตอนความสำเร็จ 1,2,3,4,5	5
4. 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. อัตราส่วนมารดาตายเท่ากับ 0 ต่อการเกิดมีชีวิตคน	ไม่มีมารดาตาย = 5 มีมารดาตาย = 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 2566 (จาก HDC/Cockpit/LR/NICU/ANC/WCC)

อำเภอ.....

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	Base line ปี 2565	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2566		
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน				
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. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร น้อยกว่าร้อยละ 3 (Neoscreen) (เด็ก ≥ 48 ซม. มี TSH >11.2/จำนวนเด็กเกิด ≥ 48 ซม. 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	คะแนนประเมิน ตนเองตาม แบบฟอร์ม กรมการแพทย์		100 คะแนน		

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงต่ำ

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

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

แบบประเมินการคลอดมาตรฐาน สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงสูง

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

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

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลด้านมารดาและทารก

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

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

2. สถานการณ์

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
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 $\geq$ 48 ชม. มี TSH >11.2 /จำนวนเด็กเกิด $\geq$ 48 ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	ร้อยละ			
12. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ปี 2565 ร้อยละ 57 ช = 113 cm หญิง = 112 cm)				
13. คลินิก ANC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ 100	ร้อยละ			
14. คลินิก WCC ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแม่และเด็กร้อยละ 100	ร้อยละ			
15. LR ผ่านเกณฑ์การคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์	คะแนนประเมินตามแบบกรมการแพทย์			

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

.....

.....

.....

(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม)

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

.....

.....

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ประเมินเฝ้ารับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

.....

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร..... e-mail.....

ตัวชี้วัดที่ 16/16/12	ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน 2. พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตาม ให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้ว ผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260) 3. การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3: ที่อาศัยอยู่ในเขต ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) 4. พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง 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 ในการตรวจพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202,1B212,1B222,1B232,1B242)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยทุกคนทุกสิทธิ์ ที่อยู่จริงในพื้นที่ (Type 1 และ 3) ตามกลุ่มอายุดังนี้ 1) อายุ 9 เดือน ถึง 9 เดือน 29 วัน 2) อายุ 18 เดือน ถึง 18 เดือน 29 วัน 3) อายุ 30 เดือน ถึง 30 เดือน 29 วัน 4) อายุ 42 เดือน ถึง 42 เดือน 29 วัน 5) อายุ 60 เดือน ถึง 60 เดือน 29 วัน
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

วิธีการเก็บข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS HosXP และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ผ่านระบบรายงาน HDC (Special PP) - อำเภอ,จังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบ HDC วิเคราะห์ และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 ตุลาคม 2565-กรกฎาคม 2566
แหล่งข้อมูล	- สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
การบันทึกข้อมูล	1. การบันทึกการคัดกรอง DSPM/DAIM ของเด็ก ในแฟ้ม Special PP ใช้รหัสดังต่อไปนี้ ที่ช่องงานให้บริการ 1.1 เด็กสงสัยล่าช้า = 1B261 สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน 1 เดือน 1.2 เด็กสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที = 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที 2. การบันทึกผลการคัดกรองซ้ำ (หลังการคัดกรอง 30 วัน) สำหรับเด็กที่ได้รับการคัดกรอง 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 สำหรับเด็กที่ได้รับการคัดกรอง DSPM /DAIM ตามข้อ 1 และมีผลการคัดกรองเป็น 1B262 สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที และ เด็กสงสัยล่าช้า ตามข้อ 2 ที่ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นครบ 1 เดือน แล้วแต่ยังพบความผิดปกติของพัฒนาการซึ่งระบุด้านที่ล่าช้าเป็นรายด้าน ตามข้อ 2.2 ซึ่งต้องดำเนินการประเมินด้วยคู่มือ TEDA4I และบันทึกแฟ้ม SpecialPP ใหม่ โดยใช้รหัสดังต่อไปนี้ 3.1 ปกติ=1B270 3.2 ผิดปกติให้บันทึกเป็นรายด้าน 1B271 = ด้าน GM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B272 = ด้าน FM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B273 = ด้าน RL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B274 = ด้าน EL ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ 1B275 = ด้าน PS ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2 (รายเดือน)	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ต้องได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด

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

	ตัวชี้วัดที่ 1.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 20					
	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน			
	1		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 12			
	2		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 14			
	3		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 16			
	4		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 18			
	5		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พบสงสัยล่าช้า $\geq$ ร้อยละ 20			
	ตัวชี้วัดที่ 1.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน ร้อยละ 90					
	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน			
	1		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 50			
	2		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 60			
	3		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 70			
	4		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 80			
	5		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 1 เดือน $\geq$ ร้อยละ 90			
	ตัวชี้วัดที่ 1.4 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ 70					
	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน			
	1		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 50			
	2		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 55			
	3		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 60			
	4		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 65			
	5		ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I $\geq$ ร้อยละ 70			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2562	2563	2564
				2565		
	1. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		ร้อยละ	94.41	97.94	97.72
	2. เด็ก 0- 5 ปี ได้รับการคัดกรองด้วยพัฒนาการ		ร้อยละ	97.94	97.94	89.79
	3. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า		ร้อยละ	23.14	21.59	27.10
	4. เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน		ร้อยละ	76.20	91.63	93.17
5. เด็ก 0-5 ปี ที่พบสงสัยล่าช้ากระตุ้นภายใน 1 เดือนไม่ผ่านด้วย DSPM ส่งต่อกระตุ้นด้วย TEDA4I		ร้อยละ	20	50.00	80.28	
					82.14	

	ผลการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2565									
	อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ	ติดตามได้	ร้อยละ	สมวัย	ร้อยละ
	เมือง	3,763	3,497	92.93	944	26.99	877	92.90	3,427	91.07
	ท่าบ่อ	2,275	2,116	93.01	583	27.55	488	83.70	2,019	88.75
	โพนพิสัย	3,141	2,971	94.59	931	31.34	915	98.28	2,955	94.08
	ศรีเชียงใหม่	790	692	87.60	163	23.55	152	93.25	676	85.57
	สังคม	1,016	984	96.85	211	21.44	188	89.10	961	94.59
	สระใคร	964	805	83.51	208	25.84	190	91.35	787	81.64
	เผ่าไร่	1,920	1,736	90.42	368	21.20	360	97.83	1,728	90.00
	รัตนวาปี	1,331	1,177	88.43	311	26.42	300	96.46	1,166	87.60
	โพธิ์ตาก	499	470	94.19	126	26.81	111	88.10	455	91.18
	รวม	15,699	14,448	92.03	3,845	26.61	3,581	93.13	14,174	90.29
	เด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I									
	อำเภอ	เป้าหมาย	TEDA4I		ร้อยละ					
	เมือง	4	2		50					
	ท่าบ่อ	17	15		88.24					
	โพนพิสัย	1	1		100					
	ศรีเชียงใหม่	4	4		100					
	สังคม	2	0		0					
	สระใคร	0	0		0					
	เผ่าไร่	2	2		100					
	รัตนวาปี	0	0		0					
	โพธิ์ตาก	0	0		0					
	รวม	30	24		80					
	HDC:14/9/2565									
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.ชนิษฐา นานองตูม						โทร. 08 8572 1632			
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย						โทร. 0 4242 2923 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 17/17/13	ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี			
17.1/17.1/13.1	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี (113 เซนติเมตร)			
17.2/17.2/13.2	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี (112 เซนติเมตร)			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน			
	สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ			
	สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความระหว่าง +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 2566:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	- ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย - ขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลทศวรรษ 1000 วัน สู่ 2500 วัน ภายใต้กิจกรรมสำคัญ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน อำเภอละ 1 ตำบล - พัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ตำบลละ 1 แห่ง - ส่งเสริมโภชนาการและอาหารตามวัย กิจกรรมทางกาย การนอน และสุขภาพช่องปาก - เด็ก 0-5 ปี ได้รับ ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงเด็กร้อยละ 90 - เด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 64 - ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี * เด็กชาย 113 ซม. * เด็กหญิง 112 ซม.	- ร้อยละ 100 ของอำเภอที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบนโยบายเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน - อำเภอมีการดำเนินงานตำบลทศวรรษ 1000 วัน สู่ 2500 วัน อำเภอละ 1 ตำบล - อำเภอมี ศพด.พื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ตำบลละ 2 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 ซม. * เด็กหญิง 112 ซม.	- 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 ซม. * เด็กหญิง 112 ซม.	- 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 ซม. * เด็กหญิง 112 ซม.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี			

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
	1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	54	57	62	64	64
	2. ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี					
	- เด็กชาย (เซนติเมตร)		113	113	113	113
	- เด็กหญิง (เซนติเมตร)		112	112	112	112
วิธีการประเมิน	- รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม					
	- การสำรวจทุก ๆ 3 ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 ตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566					
	รอบที่ 2 ตุลาคม 2565-กรกฎาคม 2566					
	- เด็กอายุ 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน					
ระดับจังหวัด						
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน					
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง					
	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง					
	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด					
	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด					
	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด					
สูตรคำนวณ	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน = $(A1 \times 100) / B1$					
	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B2)$					
	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B3)$					
เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 56				
	2	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 58				
	3	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60				
	4	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 62				
	5	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 64				
	ตัวชี้วัดที่ 2 ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กที่อายุ 5 ปี					
	2.1 ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี					
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 109 เซนติเมตร				
	2	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 110 เซนติเมตร				
	3	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 111 เซนติเมตร				
	4	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 112 เซนติเมตร				
5	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 113 เซนติเมตร					

	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	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2563	2564	2565	
	1. ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน		ร้อยละ	73.02	69.03	68.20	
	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี		เซนติเมตร	110.62	109.31	112.32	
	ชาย = 113**		เซนติเมตร	110.03	109.50	111.23	
	หญิง =112**						
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565						
	อำเภอ	จำนวนเด็ก 0-5 ปีทั้งหมด (คน)	เด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก&วัดส่วนสูง		ร้อยละ สูงดีสมส่วน	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 5 ปี (เซนติเมตร)	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ		ชาย	หญิง
	เมือง	4,668	3,043	65.19	68.12		
ท่าบ่อ	2,875	1,995	69.39	62.01	110.8	110.22	
โพนพิสัย	3,922	3,020	77	75.5	116.97	112.59	
ศรีเชียงใหม่	979	560	57.2	57.5	107.94	107.74	
สังคม	1,247	1,124	90.14	81.14	112.29	110.52	
สระใคร	1,197	588	49.12	54.93	109.15	110.09	
เผ่าไร่	2,369	616	26	74.51	114.25	111.88	
รัตนวาปี	1,640	841	51.28	64.33	111.03	111.49	
โพธิ์ตาก	641	458	71.45	44.54	106.06	108.28	
รวม	19,538	12,245	62.67	68.2	112.32	111.23	
HDC : 14/9/65							
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.ชนิษฐา นาหนองตูม			โทร. 08 8572 1632			
	งานด้านเด็กปฐมวัย กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123			

ตัวชี้วัดที่ 18	ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น
18.1/18.1/-	ระดับความสำเร็จของการจัดการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ระดับป้องกันความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การดำเนินการในการวางแผนเพื่อส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายใต้แผนสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) โดยสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และยุทธศาสตร์การและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยมุ่งให้บริการในความเป็นมิตรและสอดคล้องกับความต้องการและสิทธิของวัยรุ่นตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ว่าด้วย สิทธิการตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิการได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการสวัสดิการสังคม อย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ 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 สถานะทางเพศ) 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. ความสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัด ในระบบ HDC ดังนี้ 3.1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.8 ต่อพันคน 3.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23 ต่อพันคน 3.3 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13.5 3.4 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย หมันชายและหมันหญิง) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3.5 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มีการคลอดหรือแท้งในระหว่างปีที่มีการเก็บข้อมูล
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ระดับ คปสอ. : ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	1. การประเมินโดยทีมระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง

	2. การประเมินตนเองตามแนวทางมาตรฐาน YFHS กรมอนามัย ในระบบ YFHS Application 3. ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566													
ระดับจังหวัด	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ร้อยละ 50													
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน คปสอ. + รพ.พิสัยเวช ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 80 ขึ้นไป													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน คปสอ. ทั้งหมด + รพ.พิสัยเวช													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 10</td></tr><tr><td>2</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 20</td></tr><tr><td>3</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 30</td></tr><tr><td>4</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>5</td><td>คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 50</td></tr></table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 10	2	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 20	3	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 30	4	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 40	5	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 50
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 10													
2	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 20													
3	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 30													
4	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 40													
5	คปสอ. ที่มีคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามกำหนด ร้อยละ 50													
ระดับ คปสอ.	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80													
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ													
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ													
สูตรคำนวณ	A/B x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ. - รพ.พิสัยเวช	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> มีรายละเอียดการให้คะแนน ตามแบบการให้คะแนนความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ที่แนบท้ายตัวชี้วัด		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ต่ำกว่าร้อยละ 50	2	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 50	3	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 60	4	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 70	5	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ต่ำกว่าร้อยละ 50													
2	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 50													
3	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 60													
4	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 70													
5	ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ร้อยละ 80 ขึ้นไป													

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของโรงพยาบาลในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(รพท.,รพช.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) *รพ.ที่ผ่านมาตรฐาน YFHS เกิน 3 ปี ได้แก่ รพ.สังคม,ศรีเชียงใหม่, ท่าบ่อ,หนองคาย,สระใคร และโพนพิสัย	ร้อยละ	100* (9/9แห่ง)	90* (9/10แห่ง)	90* (9/10แห่ง)
โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอด/แท้ง *รพ.ที่ให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ได้แก่ รพ.สังคม,ท่าบ่อ,หนองคาย และโพนพิสัย	ร้อยละ	40* (4/10แห่ง)	90 (9/10แห่ง)	90 (9/10แห่ง)	
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี (Adjust)	อัตราต่อพันคน	1.31	1.04	1.19	
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (Adjust)	อัตราต่อพันคน	42.40	19.44	14.86	
ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ	14.49	8.58	15.56	
ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	16.50	22.85	30.79	
ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	70.73	76.47	74.19	
เอกสารอ้างอิง	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	
	1	หนองคาย	90	80.91	
	2	ท่าบ่อ	90	33.33	
	3	โพนพิสัย	90	98.44	
	4	ศรีเชียงใหม่	90	77.78	
	5	สังคม	90	56.67	
	6	สระใคร	90	54.94	
	7	เผ่าไร่	90	66.67	
	8	รัตนวาปี	90	63.40	
	9	โพธิ์ตาก	90	33.33	
	10	พิสัยเวหา	90	50.00	
		รวม	90	61.55	
ผู้รับผิดชอบ	1.พันจ่าโทประดิษฐ์ สารรัตน์		โทร. 08 1977 8442		
	2.นางโบว์ขวัญ จวบลาภ		โทร. 06 4887 1112		
	งานอนามัยวัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		โทร. 0 4242 923 ต่อ 123		

**แบบการให้คะแนนความสำเร็จของการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ
สำหรับ อำเภอ/คปสอ.**

ลำดับ	รายละเอียด	คะแนนเต็ม (คะแนน)	เกณฑ์การให้คะแนน				
			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	โรงพยาบาลมีการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเน้นวิธีการคุมกำเนิดที่ถาวรแก่หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	10					มี
3	ความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในระบบ HDC						
3.1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.8 ต่อพันคน	15	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8
3.2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23 ต่อพันคน	15	31	29	27	25	23
3.3	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13	15	15	14.5	14	13.5	13.0
3.4	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	15	40	50	60	70	80
3.5	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	15	20	30	40	50	60

ตัวชี้วัดที่ 18	ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น				
18.2/18.2/-	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน (ไม่เกิน 23)				
หน่วยวัด	อัตราต่อพัน				
น้ำหนัก	อัตราต่อพัน				
คำอธิบาย	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15 -19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ 15 -19 ปี 1,000 คน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีวิตในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล				
เป้าหมาย	ไม่เกิน 23 ต่อพันคน				
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC				
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566				
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15-19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area1,3)				
สูตรคำนวณ	(A/B) x 1000				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 31 ต่อพันคน			
	2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 29 ต่อพันคน			
	3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 27 ต่อพันคน			
	4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อพันคน			
	5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23 ต่อพันคน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23 ต่อพันคน	อัตราต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน	42.40	22.83	15.08
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
	1	หนองคาย	13,632	43	3.15
	2	ท่าบ่อ	2,025	33	16.29
	3	โพนพิสัย	2,619	19	7.25
	4	ศรีเชียงใหม่	683	13	19.03
	5	สังคม	792	14	17.67
	6	สระใคร	748	19	1.33
	7	เผ่าไร่	1,358	24	17.67
	8	รัตนวาปี	1,038	20	19.26
	9	โพธิ์ตาก	406	8	19.70
	10	พิสัยเวท	369	5	13.55
		รวม	23,670	198	8.36

เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและเยาวชน 2. บันทึกรายงาน และประมวลผลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ปีละ 4 ครั้ง (ธ.ค., มี.ค., มิ.ย., ก.ย.) วิเคราะห์และสรุปผล ดังนี้ รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566 3. สรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและเยาวชน 4. ข้อมูล 43 แฟ้ม 5. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	1. พันจ่าโทประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 08 1977 8442
	2. นางโบว์ขวัญ จวบลาภ	โทร. 06 4887 1112
	งานอนามัยวัยรุ่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	โทร. 0 4242 923 ต่อ 123

ตัวชี้วัดที่ 19/19/-	ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ (โควิด-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/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาศัยรูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centers, EOC) ซึ่งจะมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ และกลุ่มภารกิจด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องบูรณาการการทำงานประสานความร่วมมือในการจัดการปัญหาและผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้น ทั้งในและนอก ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สามารถจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้เป็นไปได้ด้วยความสำเร็จ เกิดผลกระทบและเป็นปัญหาต่อสุขภาพประชาชนได้น้อยที่สุดนั้น จะอาศัยศักยภาพของผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander:IC) ที่จะขับเคลื่อนชี้ทิศทางให้ทีมปฏิบัติการในด้านต่าง ๆ สามารถมองเห็นแนวปฏิบัติที่จะจัดการปัญหาการเกิดและแพร่ระบาดของโรคได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ซึ่งจะต้องบูรณาการการทำงานอย่างจริงจัง ในเชิงลึกที่เป็นมิติได้อย่างรอบด้านกับภาคีเครือข่ายอื่น (หน่วยราชการ,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,เอกชน,ประชาชน) โดยบุคลากรในส่วนผู้ปฏิบัติการเองจะต้องมีทักษะความชำนาญและการทำงานที่เข้มแข็งจริงจัง ใส่ใจ ที่จะตอบโต้ปัญหาการเกิดและแพร่ระบาดของโรคติดต่ออันตรายประเภทต่างๆ ด้วย ภารกิจในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จึงจะสำเร็จลงได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 100 (9 อำเภอ) ระดับ คปสอ. : ร้อยละ 80 (5 ขึ้นตอน)
วิธีการประเมิน	ระดับจังหวัดรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับอำเภอและประมวลผลเป็นระดับจังหวัด
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด	ร้อยละ คปสอ.ดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ได้
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอที่ดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 5 อำเภอ
	2	จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 6 อำเภอ
	3	จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 7 อำเภอ
	4	จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 8 อำเภอ
	5	จำนวนอำเภอดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้ 9 อำเภอ
ระดับ คปสอ.	ระดับคปสอ. : ดำเนินการตามขั้นตอนในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยกำหนดผลสำเร็จคือป้องกันการเกิดโรคและความคุ้มครองการระบาดได้ไม่ให้เกิดระลอกที่สอง (Gen2nd) ดังนี้ - มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในพื้นที่ - ผังการจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข - ทะเบียนรายงานการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ - ทะเบียน/รายงานผลการสื่อสารความเสี่ยงแก่องค์กร หน่วยงาน และประชาชนในพื้นที่ (กรณีที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่) - มีทีมผู้ปฏิบัติงานเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีศักยภาพได้มาตรฐานตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด ดังนี้ - คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งอื่นที่สามารถระบุผู้ปฏิบัติงาน การจัดแบ่งกลุ่มการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมในระดับอำเภอ/ตำบล - มีรายชื่อทีมผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ สามารถประสานงานกับภาคีเครือข่ายอื่น รองรับการตอบโต้เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ได้ - มีรายงานผลการซ้อมแผนและถอดบทเรียนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข(โรคติดต่อ) ในระดับอำเภอ ที่มีเครือข่ายหรือองค์กรหน่วยงานอื่นร่วมในการฝึกซ้อมด้วย - รายงานผลการดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่เกิดขึ้น หรือมีการระบาดในพื้นที่ - รายงานผลการเกิดโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดหรือไม่ให้เกิด Generation ที่ 2 (ข้อมูลจากรายงาน 506)	
รายการข้อมูล 1	A : ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการเตรียมการและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประเด็น/ระดับที่ดำเนินการได้ตามขั้นตอนการดำเนินงาน	
สูตรคำนวณ	-	

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	มีฐานข้อมูล ระบบการเฝ้าระวังโรค/เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข พัง การจัดแบ่งกลุ่มปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ รายงานผลการสื่อสารความเสี่ยง(โรค โควิด-19)				
	2	มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือ คำสั่งการปฏิบัติงานที่มีเนื้อหาครอบคลุมภารกิจเพื่อการตอบโต้ฯ ในระดับอำเภอ/ ตำบล, รายชื่อทีมผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT)				
	3	รายงานผลการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีภาคี เครือข่ายหรือหน่วยงานภายนอกเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการ				
	4	รายงานผลการดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่ เกิดขึ้นหรือมีการระบาดในพื้นที่				
	5	รายงานผลการเกิดโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยไม่ให้เกิดการระบาด หรือควบคุมไม่ให้เกิดในระลอก (Generation) ที่ 2 (ข้อมูลจาก รง.506)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	จำนวน คปสอ.ที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด		ร้อยละ	88	22.2	77.7
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	เมืองหนองคาย	5	5	100	
	2	ท่าบ่อ	5	5	100	
	3	โพนพิสัย	5	5	100	
	4	ศรีเชียงใหม่	5	2	40	
	5	สังคม	5	5	100	
	6	สระใคร	5	5	100	
	7	เผ่าไร่	5	5	100	
	8	รัตนวาปี	5	5	100	
	9	โพธิ์ตาก	5	2	40	
		รวม	9	7	77.7	
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลรายงาน 506 (โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่) 2. พังการประสานเครือข่าย/ระบบเฝ้าระวัง พังการจัดแบ่งกลุ่มภารกิจและผู้ปฏิบัติตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข 3. ทะเบียนการแจ้งเตือนภัยการเกิดโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ 4. รายงาน/ทะเบียนการสื่อสารความเสี่ยง (โรคติดต่อ) ของหน่วยงาน 5. คำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือคำสั่งอื่นที่มีหน้าที่/ เนื้อหาครอบคลุมรายชื่อผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (SAT&JIT) 6. รายงานผลการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) ที่มีภาคีเครือข่ายหน่วยงาน ภายนอกเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการด้วย 7. รายงานผลดำเนินการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคติดต่อ) หรือรายงานการ สอบสวนโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง โรคติดต่ออุบัติใหม่ (ฉบับสมบูรณ์)					
ผู้รับผิดชอบ	นายสุรัชย์ กิจติกา			โทร. (มือถือ) 089 9430909		
	งาน จัดการระบบปฏิบัติการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ			โทร. 0 42422923 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 20	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย																																																					
20.1/20.1/14	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย																																																					
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ																																																					
น้ำหนัก	ร้อยละ																																																					
คำอธิบาย	เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน คือ อปท./ผู้นำชุมชน/ อสม./โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้ร่วมกันดำเนินการลดการแพร่กระจายโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย (เช่น ไข้เลือดออก, ไข้ปวดข้อยุงลาย, ไข้ซิกา) โดยการลดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้มากที่สุดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ตลอดปี เพื่อให้จำนวนยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง																																																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อปท. / ผู้นำชุมชน / อสม. / โรงเรียน / วัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย																																																					
เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย																																																					
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																																																					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																																					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="5">อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 5 อำเภอ</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="5">อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 6 อำเภอ</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="5">อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 7 อำเภอ</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="5">อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 8 อำเภอ</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="5">อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 9 อำเภอ</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					1	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 5 อำเภอ					2	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 6 อำเภอ					3	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 7 อำเภอ					4	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 8 อำเภอ					5	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 9 อำเภอ																	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																																					
1	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 5 อำเภอ																																																					
2	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 6 อำเภอ																																																					
3	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 7 อำเภอ																																																					
4	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 8 อำเภอ																																																					
5	อำเภอผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ จำนวน 9 อำเภอ																																																					
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.	รอบที่ 1 ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 - 3 รอบ 2 ประเมินทุกขั้นตอน กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้ <table><tr><td rowspan="2">ระดับคะแนน</td><td colspan="5">ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)</td></tr><tr><td>ขั้นตอนที่ 1</td><td>ขั้นตอนที่ 2</td><td>ขั้นตอนที่ 3</td><td>ขั้นตอนที่ 4</td><td>ขั้นตอนที่ 5</td></tr><tr><td>1</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr></table> ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้ <table><tr><td>ขั้นตอนที่</td><td>รายละเอียดการดำเนินงาน</td></tr><tr><td>1</td><td>มีหนังสือแจ้งให้ท้องถิ่นอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค</td></tr><tr><td>2</td><td>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ, ท้องถิ่นอำเภอ, หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง, นายกอปท., กำนัน/สาธารณสุข</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงาน</td></tr></table>					ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)					ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	1	/					2	/	/				3	/	/	/			4	/	/	/	/		5	/	/	/	/	/	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	1	มีหนังสือแจ้งให้ท้องถิ่นอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	2	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ, ท้องถิ่นอำเภอ, หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง, นายกอปท., กำนัน/สาธารณสุข	3	มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงาน
ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)																																																					
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																																	
1	/																																																					
2	/	/																																																				
3	/	/	/																																																			
4	/	/	/	/																																																		
5	/	/	/	/	/																																																	
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน																																																					
1	มีหนังสือแจ้งให้ท้องถิ่นอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค																																																					
2	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ, ท้องถิ่นอำเภอ, หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง, นายกอปท., กำนัน/สาธารณสุข																																																					
3	มีการประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงาน																																																					

	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน				
	4	4.1 คณะกรรมการมีการนิเทศติดตามการดำเนินการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย ในช่วงฤดูกาลการระบาด 4.2 สาธารณสุขอำเภอ แจ้งผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในการประชุมหัวหน้าส่วน ราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่สำรวจพบ ลูกน้ำ 4.3 คณะกรรมการระดับอำเภอ มีการติดตามแก้ไขปัญหากรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือ ควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก				
	5	การมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่ายฯ ≥ร้อยละ 90 ของจำนวนตำบลทั้งหมด				
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ ตำบล / รพสต.	รอบที่ 1 ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 - 3 รอบ 2 ประเมินทุกขั้นตอน					
	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และ ความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone)				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/
	ขั้นตอน / รายละเอียด มีดังนี้					
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. ได้รับการอบรมความรู้เรื่องไข้เลือดออก และวิธีการสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 80 2.2 มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายทุกเดือน					
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					
รอบที่ 1 ประเมิน ขั้นตอนที่ 1 - 3 รอบที่ 2 ประเมินทุกขั้นตอน						

เอกสาร อ้างอิง	. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล/อำเภอ . แผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบล/อำเภอ . ทะเบียนทรัพยากร งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับตำบล/อำเภอ . ประกาศ อปท.เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นเหตุรำคาญ . หลักฐานการจัดการประชุม อสม. เรื่องไข้เลือดออก และวิธีการสำรวจลูกน้ำและทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย . แผนปฏิบัติงานสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายระดับ / อำเภอ / ตำบล พร้อมคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบ . รายงานผลการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในระดับหมู่บ้าน / ตำบล / อำเภอ . รายงานการประชุมคณะกรรมการระดับตำบล / อำเภอ . รายงานการประชุมการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้าน . รายงานผลการติดตามแก้ไขปัญหา กรณีพบในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง หรือควบคุมไม่ได้ หรือ เกิดซ้ำซาก	
ผู้รับผิดชอบ	นายวีระวัฒน์ ดงแสนสุข	โทร. 099 671 5604
	นางสาวชุติมา เศรษฐคำ	โทร. 08 8855 1916
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136

ตัวชี้วัดที่ 20	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย												
20.2/20.2/-	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2561- 2565 ของจังหวัด												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	- ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2561-2565 ของจังหวัด หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีปัจจุบัน ลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2561-2565 ของจังหวัดหนองคาย												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ												
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / คปสอ. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 ของจังหวัดหนองคาย												
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ข้อมูล เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2566 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน ปี 2561-2565 ของจังหวัด เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ รอบที่ 2 : ข้อมูล เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2566 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน ปี 2561-2565 ของจังหวัด เดือน มกราคม - กรกฎาคม												
ระดับจังหวัด /คปสอ.													
รายการข้อมูล 1	A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2566 B : จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS) ปี 2566 C : จำนวนประชากรของจังหวัด/อำเภอ ทั้งหมด												
รายการข้อมูล 2	D : อัตราป่วยลดลง E : อัตราป่วยค่ามัธยฐานปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> A : อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปี 2566												
สูตรคำนวณ	A = (B/C) $\times$ 100,000 D = (E-A)/E $\times$ 100												
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 0</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20	2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10	3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 0	4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10	5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20												
2	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10												
3	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 0												
4	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 10												
5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงจากค่ามัธยฐาน ปี 2561 – 2565 <u>ของจังหวัด</u> ร้อยละ 20												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.					
			2562	2563	2564	2565		
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง $\geq$ ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ร้อยละ	73.0	120	101.09	158		
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ต่อ ปชก.แสนคน	141.16	81.37	94.5	20.12		
	ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ต่อ ปชก.แสนคน	38.12	32.74	37.72	38.12		
อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2565 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัดหนองคาย								
(ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565)								
	ลำดับ	คปสอ.	อัตราป่วย ต่อ ปชก.แสนคน	อัตราป่วยค่ามัธยฐาน ต่อ ปชก.แสนคน	เพิ่มขึ้น / ลดลง ร้อยละ			
	1	เมือง	1.75	33	-94.7			
	2	ท่าบ่อ	2.43	33	-92.6			
	3	ศรีเชียงใหม่	6.70	33	-79.7			
	4	สังคม	0	33	-100			
	5	โพนพิสัย	2.04	33	-93.8			
	6	สระใคร	22.59	33	-31.5			
	7	เผ่าไร่	3.93	33	-88.1			
	8	รัตนวาปี	2.63	33	-92			
	9	โพธิ์ตาก	0	33	-100			
	จังหวัดหนองคาย		6.38	33	-80.7			
จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัดหนองคาย								
	ลำดับ	เดือน/ปี	2561	2562	2563	2564	2565	ค่ามัธยฐาน
	1	มกราคม	1	18	4	0	0	1
	2	กุมภาพันธ์	0	3	3	0	0	0
	3	มีนาคม	1	31	14	0	0	1
	4	เมษายน	5	66	7	0	2	5
	5	พฤษภาคม	23	68	23	2	3	23
	6	มิถุนายน	55	90	53	7	28	53
	7	กรกฎาคม	38	152	38	0	30	38
	8	สิงหาคม	20	96	29	0	38	33
	9	กันยายน	13	89	24	0	32	13
	10	ตุลาคม	11	75	11	0	11	11
	11	พฤศจิกายน	10	43	10	0	16	10
	12	ธันวาคม	12	6	7	0	0	6
เอกสารอ้างอิง	1. ระเบียบผู้ป่วยนอก ระเบียบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 2. รายงาน 506 (DF+DHF+DSS)							
ผู้รับผิดชอบ	นายวิระวัฒน์ ดงแสนสุข				โทร. 09 9671 5604			
	นางสาวชุติมา เศรษฐคำ				โทร. 08 8855 1916			
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ				โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 20	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย																																		
20.3/20.3/-	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	1. เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนามาตรฐานงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2. ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF+DHF+DSS)																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกคนในจังหวัด / อำเภอ																																		
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / คปสอ. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10																																		
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																																		
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566																																		
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																		
ระดับจังหวัด/คปสอ.																																			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ที่ตายด้วยโรคไข้เลือดออก																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.00</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.70</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.40</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.10</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00				2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.00				3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.70				4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.40				5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.10			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก > ร้อยละ 1.00																																		
2	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 1.00																																		
3	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.70																																		
4	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.40																																		
5	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ≤ ร้อยละ 0.10																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td></tr><tr><td>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10</td><td>ร้อยละ</td><td>0.47</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ร้อยละ	0.47	0	0																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2563	2564	2565																															
อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ร้อยละ	0.47	0	0																															
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอ 2. ทะเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. รายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วย																																		
ผู้รับผิดชอบ	นายวิระวัฒน์ ดงแสนสุข		โทร. 09 9671 5604																																
	นางสาวชุติมา เศรษฐคำ		โทร. 08 8855 1916																																
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		โทร. 0 4241 3354 ต่อ 136																																

ตัวชี้วัดที่ 21/-/	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ 50)												
หน่วยวัด	ขั้นตอน												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ ออย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ได้รับอนุญาตจาก ออย.หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ดังนี้ 1. วิสาหกิจชุมชน ได้แก่ ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ.2548 2. วิสาหกิจรายย่อย ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ.2562 3. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พรบ.โรงงาน พ.ศ.2562 ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ข้อบังคับ และมาตรฐานต่างๆของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาต ร้อยละ 50 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 50 ของผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมาย												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดหนองคาย												
เป้าหมาย	รอบที่ 1 : 5 ขั้นตอน รอบที่ 2 : ร้อยละ 50 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												
วิธีการประเมิน	ประเมิน 5 ขั้นตอน												
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566												
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด	ร้อยละ 50 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต $= (A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	รอบที่ 1 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ขั้นตอน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>มีฐานข้อมูลผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่จะส่งเสริม เพื่อให้ได้รับการอนุญาต</td></tr> <tr> <td>2</td><td>จัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีการอำนวยความสะดวกผู้ประกอบการในการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต ร้อยละ 10</td></tr> </tbody> </table>	ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีฐานข้อมูลผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่จะส่งเสริม เพื่อให้ได้รับการอนุญาต	2	จัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย	3	มีกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย	4	มีการอำนวยความสะดวกผู้ประกอบการในการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย	5	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต ร้อยละ 10
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีฐานข้อมูลผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่จะส่งเสริม เพื่อให้ได้รับการอนุญาต												
2	จัดทำแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย												
3	มีกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย												
4	มีการอำนวยความสะดวกผู้ประกอบการในการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย												
5	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต ร้อยละ 10												
	รอบที่ 2 <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละ 30 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละ 35 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละ 40 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละ 45 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละ 50 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละ 30 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	2	ร้อยละ 35 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	3	ร้อยละ 40 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	4	ร้อยละ 45 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	5	ร้อยละ 50 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละ 30 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												
2	ร้อยละ 35 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												
3	ร้อยละ 40 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												
4	ร้อยละ 45 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												
5	ร้อยละ 50 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	1. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต จาก สสจ.หนองคาย หรือ อย.				
	1.1 อาหาร	รายการ	-	-	-
	1.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	รายการ	-	-	-
	1.3 เครื่องสำอาง	รายการ	-	-	-
	1.4 วัตถุอันตราย	รายการ	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	1. ผลการดำเนินงานการให้บริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของศูนย์ OSSC 2. บันทึกข้อความการอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 3. ฐานข้อมูลการอนุญาตด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบ	นางปิยะมาศ ปรีชาภูก นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์ นายสายันต์ โชติยาธิวัฒน์ นางสาวพิมพ์รดา ช่างสุวรรณ นายสรารุธ สิ้นธู นางสาวสรารณ ศิลาจันทร์ นางสาวปัญญดา พงษ์ภักดิ์	โทร. 08 3290 6287 โทร. 09 1059 8264 โทร. 08 6851 4951 โทร. 09 5196 2419 โทร. 08 8570 9258 โทร. 09 3464 5142 โทร. 09 1130 6924			
	งานอาหาร และผลิตภัณฑ์ทั่วไป งานยา และผลิตภัณฑ์เพื่อการบำบัดรักษา ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.นค.	โทร. 0 4242 923 ต่อ 102 โทร. 0 4242 923 ต่อ 129 โทร. 0 4242 923 ต่อ 114			

ตัวชี้วัดที่ 22/21/-	ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลิตภัณฑ์อาหารสด อาหารแปรรูป ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง 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 เครื่องสำอางที่จัดแจ้งในประเภทแอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ และเครื่องสำอางที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง 6. ผลิตภัณฑ์สุขภาพนำเข้า หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่มีการนำเข้าตามแนวชายแดนจังหวัดหนองคาย การตรวจสอบ หมายถึง การตรวจประเมินสถานที่ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือการสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือชุดทดสอบเบื้องต้น ตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ อุกเหตุน 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/ซูเปอร์มาร์เก็ต/โรงครัวโรงพยาบาล) 2. อาหารแปรรูป ได้แก่ สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, สถานที่ผลิตน้ำแข็ง, สถานที่ผลิตนมโรงเรียน, สถานที่ผลิตเกลือบริโภค, สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน, สถานที่คัดและบรรจุผักและผลไม้, สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของส่วนของกัญชาหรือกัญชง 3. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลุ่มเสี่ยง 4. สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง 5. เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง 6. ผลิตภัณฑ์สุขภาพนำเข้า ระดับ คปสอ. ประกอบด้วย 1. ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย (ตลาด/แผงลอย/ร้านค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต/โรงพยาบาล) 2. อาหารแปรรูป ได้แก่ สถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท, สถานที่ผลิตน้ำแข็ง
เป้าหมาย	ร้อยละ 97 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
วิธีการประเมิน	รายงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566

ระดับจังหวัด	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ผลการตรวจสอบผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด						
สูตรคำนวณ	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B)x100						
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ตัวชี้วัด		ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B)x100		89	91	93	95	97
ระดับ คปสอ.	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 1	C : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายระดับ คปสอ. ที่ผลการตรวจสอบผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด						
รายการข้อมูล 2	D : จำนวนของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายระดับ คปสอ. ที่เก็บตัวอย่างและได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด						
สูตรคำนวณ	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด = (C/D)x100						
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	รอบที่ 1						
	ระดับคะแนน	รายละเอียด					
	1	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 89					
	2	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 91					
	3	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 93					
	4	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95					
	5	ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ 100 ผลิตภัณฑ์อาหารสดได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 97					
	หมายเหตุ ผลการดำเนินงานต้อง “ผ่านทั้งสามส่วน” จึงจะได้คะแนนในระดับนั้น						
	รอบที่ 2						
	ตัวชี้วัด		ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด = (C/D)x100		89	91	93	95	97

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงานอาหารสดอาหารแปรรูป ปีงบประมาณ 2563-2565										
	1. ผลการดำเนินงานแยกรายผลิตภัณฑ์										
	อำเภอ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563-2565								
			อาหารสด			อาหารแปรรูป					
			ผักและผลไม้สด ณ สถานที่จำหน่าย			น้ำบริโภคฯ			น้ำแข็ง		
			2563	2564	2565	2563	2564	2565	2563	2564	2565
	เมือง	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.56 (343/348)	98.38 (182/185)	99 (203/205)	100 (33/33)	100 (32/32)	100 (41/41)	100 (11/11)	100 (11/11)	100 (11/11)
	ท่าบ่อ	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.12 (226/228)	99.21 (126/127)	100 (209/209)	100 (22/22)	95.65 (22/23)	100 (27/27)	100 (6/6)	100 (6/6)	100 (6/6)
	โพนพิสัย	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.08 (108/109)	100 (55/55)	99 (97/98)	100 (24/24)	96 (24/25)	100 (32/32)	100 (4/4)	100 (4/4)	100 (3/3)
	ศรีเชียงใหม่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.24 (131/132)	98.46 (64/65)	100 (99/99)	100 (7/7)	100 (7/7)	100 (9/9)	100 (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)
	สังคม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100 (118/118)	100 (68/68)	99.1 (109/110)	100 (6/6)	100 (7/7)	100 (7/7)	100 (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)
	สระใคร	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.86 (137/140)	100 (54/54)	98.6 (72/73)	100 (3/3)	100 (7/7)	100 (6/6)	-	-	-
เผ่าไร่	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	99.00 (99/100)	97.62 (41/42)	100 (66/66)	100 (13/13)	92.31 (12/13)	100 (18/18)	100 (1/1)	100 (1/1)	100 (1/1)	
รัตนวาปี	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	100 (52/52)	100 (48/48)	99 (99/100)	100 (7/7)	100 (7/7)	100 (11/11)	100 (2/2)	100 (2/2)	100 (2/2)	
โพธิ์ตาก	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	97.18 (69/71)	100 (51/51)	100 (82/82)	100 (1/1)	50 (1/2)	100 (2/2)	-	-	-	
รวม	ร้อยละ (ผ่าน/ทั้งหมด)	98.84 (1283/1298)	99.13 (689/698)	99.4 (1036/1042)	100 (116/116)	96.72 (118/122)	100 (153/153)	100 (26/26)	100 (26/26)	100 (25/25)	
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่าย/ผลิตอาหารกลุ่มเป้าหมาย 3. บันทึกการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420 4. แบบฟอร์มรายงานการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารโดย Mobile Units 5. แบบฟอร์มรายงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 6. รายงานผลการวิเคราะห์น้ำบริโภคฯ และน้ำแข็ง 6. ภาพกิจกรรม										
ผู้รับผิดชอบ	นางปิยะมาศ ปรีชาภูก นางสาวพิมพ์รดา ช่างสุวรรณ นายสายันต์ โชตยาธิวัฒน์ นายเฉลิมรัช ประเสริฐสังข์ จ.อ.พิชิต ลีลาศ นางสาวสราภรณ์ ศิลาจันทร์					โทร. 08 3290 6287 โทร. 08 6851 4951 โทร. 09 5196 2419 โทร. 09 1059 8264 โทร. 08 9841 7848 โทร. 09 3464 5142					
	งานอาหาร และผลิตภัณฑ์ทั่วไป งานยา และผลิตภัณฑ์เพื่อการบำบัดรักษา งานตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนว ชายแดนจังหวัดหนองคาย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สสจ.นค					โทร. 0 4241 2438 ต่อ 114 โทร. 0 4241 2438 ต่อ 129 โทร. 0 4241 2438 ต่อ 102					

ตัวชี้วัดที่ 23/22/-	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย 1. มาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ 30 2. มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus ร้อยละ 3
ตัวชี้วัดที่ 24	จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ
24/23/	1. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน้ำซื่อ วิถีใหม่ ทุกแห่ง ร้อยละ 100 2. ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดน้ำซื่อ ร้อยละ 20 3. อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถีระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80
หน่วยวัด	จำนวน
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อาหารปลอดภัย หมายถึง อาหารที่ได้มีการจัดเตรียม ประชุม และกินอย่างถูกต้องตาม วิธีการและ วัตถุประสงค์ของอาหารนั้นๆ แล้วไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค ส่วนอาหาร ที่ไม่ปลอดภัย และก่อให้เกิดอันตรายเมื่อบริโภคเข้าไป คืออาหารที่มีสารปนเปื้อน สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง สถานประกอบการด้านอาหาร ที่ได้ดำเนินการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละประเภท ได้แก่ 1. ร้านอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และ กฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 “อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้ ที่หรือทางสาธารณะที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถ บริโภคได้ทันทีทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้นหรือนำไป บริโภคที่อื่นก็ตาม” มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่าย อาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด 74 ข้อ และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน 9 ข้อ 2. ตลาดสด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 1 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 มาตรฐานตลาดสดน้ำซื่อ วิถีใหม่ หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดสด ประกอบด้วยเกณฑ์ 50 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านความปลอดภัยอาหาร และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยการรับรองแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป 3. ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 มาตรฐานตลาดนัด น้ำซื่อ (Temporary Market) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดน้ำซื่อ ประกอบด้วย เกณฑ์ 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป 4. อาหารริมบาทวิถี หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็นหรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะที่ราชพัสดุที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัด หรือ ที่ริมน้ำ ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวรหรือเคลื่อนย้ายได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคม และมิติด้านวัฒนธรรม โดย แบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ร้านอาหาร/ตลาดสด/ตลาดนัด/อาหารริมบาทวิถี ทุกแห่ง ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เป้าหมาย - ระดับจังหวัด	ระดับจังหวัด 1. สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย

- ระดับ คปสอ.	1.1 มาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ 30 1.2 มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus ร้อยละ 3 2. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ทุกแห่ง ร้อยละ100 3. ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ร้อยละ 20 4. อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80 (ประเมินใหม่ 1 แห่ง, ยกระดับ 1 แห่ง) ระดับอำเภอ 1. สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย 1.1 มาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ 30 1.2 มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus (อย่างน้อยอำเภอละ 1 ร้าน) 2. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ทุกแห่ง ร้อยละ100 3. ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ (อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง)
วิธีการประเมิน	1. ผู้ประกอบการประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ 2. จังหวัด/อำเภอ และ อปท. ประเมินผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละ setting ตามแบบประเมิน มาตรฐานฯ ของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 3. ทีมอำเภอ/จังหวัด และศูนย์อนามัยลงพื้นที่ประเมินรับรองผล
	เกณฑ์การประเมิน: จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ 6 ข้อ ดังนี้ 1. มีสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ และสามารถแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2. มีแผนภาพรวมหรือแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของแต่ละพื้นที่ ใน Setting ของ 2.1 สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย 2.1.1 มาตรฐาน Clean Food Good Taste 2.1.2 มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus 2.2 ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ 2.3 ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดนัด น่าซื้อ 2.4. อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ระดับดีขึ้นไป 3. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการตามกฎหมาย หรือคณะทำงานอื่นๆ ตามแผนที่กำหนด 4. มีการดำเนินงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนดของกรมอนามัย ในแต่ละ setting 4.1 ร้านอาหาร CFGT และ CFGT+/ตลาดประเภทที่ 1/ ตลาดประเภทที่ 2/ อาหารริมบาทวิถี 4.2 ผู้ประกอบการมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน 4.3 มีการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร จำนวน 2 ครั้ง (มีนาคม และสิงหาคม) 4.4 มีการรณรงค์การขับเคลื่อนงานการดำเนินงาน 4.5 มีการสุ่มประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5. มีการจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ 6. จังหวัดมีการดำเนินการอาหารปลอดภัยตามมาตรฐานครบทุก Setting ของ สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย มาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ 30 มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus ร้อยละ 3 ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ทุกแห่ง ร้อยละ100 ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดนัด น่าซื้อ ร้อยละ 20 อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80

ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566			
2 ระดับ	สถานที่จำหน่ายอาหารมาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ 30			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านการรับรองมาตรฐานจากทีมอำเภอ/จังหวัด/ศูนย์อนามัย			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการอนุญาตจาก อปท. ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	A/B x 100			
เกณฑ์การให้ คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste จำนวน 74 ข้อ	ร้อยละ 6	ร้อยละ 10
	2	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste จำนวน 74 ข้อ	ร้อยละ 7	ร้อยละ 15
	3	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste จำนวน 74 ข้อ	ร้อยละ 8	ร้อยละ 20
	4	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste จำนวน 74 ข้อ	ร้อยละ 9	ร้อยละ 25
	5	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste จำนวน 74 ข้อ	ร้อยละ 10	ร้อยละ 30
ระดับจังหวัด	สถานที่จำหน่ายอาหารมาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus ร้อยละ 3			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน 9 ข้อ ประเมินรับรองจากทีมจังหวัด/ศูนย์อนามัย			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการอนุญาตจาก อปท. ทั้งหมด			
สูตรคำนวณ	A/B x 100			
เกณฑ์การให้ คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า Clean Food Good Taste Plus จำนวน 9 ข้อ	ร้อยละ 1	ร้อยละ 1
	2	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า Clean Food Good Taste Plus จำนวน 9 ข้อ	ร้อยละ 1.25	ร้อยละ 1.5
	3	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า Clean Food Good Taste Plus จำนวน 9 ข้อ	ร้อยละ 1.5	ร้อยละ 2
	4	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า Clean Food Good Taste Plus จำนวน 9 ข้อ	ร้อยละ 1.75	ร้อยละ 2.5
	5	สถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า Clean Food Good Taste Plus จำนวน 9 ข้อ	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3
ระดับอำเภอ	สถานที่จำหน่ายอาหารมาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus (อย่างน้อยอำเภอละ 1 ร้าน)			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์			

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	สถานที่จำหน่ายอาหารร้านเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า Clean Food Good Taste Plus		1 ข้อ	5 ข้อ
	2			2 ข้อ	6 ข้อ
	3			3 ข้อ	7 ข้อ
	4			4 ข้อ	8 ข้อ
	5			5 ข้อ	9 ข้อ
2 ระดับ	ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ระดับพื้นฐาน ทุกแห่ง (ร้อยละ 100)				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตลาดประเภทที่ 1 ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจากทีมอำเภอ/อปท./จังหวัด				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตลาดประเภทที่ 1ที่ได้รับการอนุญาตจาก อปท. ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ตลาดสด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ทั้งหมด 41 ข้อ		ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
	2	ตลาดสด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ทั้งหมด 41 ข้อ		ร้อยละ 20	ร้อยละ 40
	3	ตลาดสด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ทั้งหมด 41 ข้อ		ร้อยละ 30	ร้อยละ 60
	4	ตลาดสด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ทั้งหมด 41 ข้อ		ร้อยละ 40	ร้อยละ 80
	5	ตลาดสด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ วิถีใหม่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ทั้งหมด 41 ข้อ		ร้อยละ 50	ร้อยละ 100
2 ระดับ	ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 20				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนตลาดประเภทที่ 2 ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจากทีมอำเภอ/จังหวัด				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนตลาดประเภทที่ 2ที่ได้รับการอนุญาตจาก อปท. ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับอำเภอ	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ตลาดนัด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ระดับพื้นฐานขึ้นไป (10 ข้อขึ้นไป)		ร้อยละ 6	ร้อยละ 12
	2	ตลาดนัด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ระดับพื้นฐานขึ้นไป (10 ข้อขึ้นไป)		ร้อยละ 7	ร้อยละ 14
	3	ตลาดนัด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ระดับพื้นฐานขึ้นไป (10 ข้อขึ้นไป)		ร้อยละ 8	ร้อยละ 16
	4	ตลาดนัด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ระดับพื้นฐานขึ้นไป (10 ข้อขึ้นไป)		ร้อยละ 9	ร้อยละ 18
	5	ตลาดนัด ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตลาดนัด น่าซื้อ ระดับพื้นฐานขึ้นไป (10 ข้อขึ้นไป)		ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
ระดับจังหวัด	อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80 (ประเมินใหม่ 1 แห่ง, ยกเว้น 1 แห่ง)				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอาหารริมบาทวิถี ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจากทีมอำเภอ/จังหวัด/ศูนย์อนามัย				

รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอาหารริมบาทวิถีที่ได้รับการอนุญาตจาก อบท. ทั้งหมด																																																																					
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																																																					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		รอบที่ 1	รอบที่ 2																																																																	
	1	อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ระดับดี 60-79 คะแนน		ร้อยละ 20	ร้อยละ 40																																																																	
	2			ร้อยละ 25	ร้อยละ 50																																																																	
	3			ร้อยละ 30	ร้อยละ 60																																																																	
	4			ร้อยละ 35	ร้อยละ 70																																																																	
	5			ร้อยละ 40	ร้อยละ 80																																																																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">KPI</th><th colspan="3">Base line</th><th>Goal</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th><th>2566</th></tr><tr><td>1. ร้านอาหาร ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน - Clean Food Good Taste - Clean Food Good Taste +</td><td>N/A N/A</td><td>N/A N/A</td><td>13 แห่ง 5 แห่ง</td><td>ร้อยละ 30 ร้อยละ 3</td></tr><tr><td>2. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อวิถีใหม่</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>2 แห่ง</td><td>ร้อยละ 100</td></tr><tr><td>3. ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ</td><td>N/A</td><td>1 แห่ง</td><td>5 แห่ง</td><td>ร้อยละ 20</td></tr><tr><td>4. อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป</td><td>N/A</td><td>1 แห่ง</td><td>2 แห่ง</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></table>				KPI	Base line			Goal	2563	2564	2565	2566	1. ร้านอาหาร ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน - Clean Food Good Taste - Clean Food Good Taste +	N/A N/A	N/A N/A	13 แห่ง 5 แห่ง	ร้อยละ 30 ร้อยละ 3	2. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อวิถีใหม่	N/A	N/A	2 แห่ง	ร้อยละ 100	3. ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ	N/A	1 แห่ง	5 แห่ง	ร้อยละ 20	4. อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป	N/A	1 แห่ง	2 แห่ง	ร้อยละ 80																																					
	KPI	Base line				Goal																																																																
		2563	2564	2565	2566																																																																	
	1. ร้านอาหาร ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน - Clean Food Good Taste - Clean Food Good Taste +	N/A N/A	N/A N/A	13 แห่ง 5 แห่ง	ร้อยละ 30 ร้อยละ 3																																																																	
	2. ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อวิถีใหม่	N/A	N/A	2 แห่ง	ร้อยละ 100																																																																	
	3. ตลาดประเภทที่ 2 ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ	N/A	1 แห่ง	5 แห่ง	ร้อยละ 20																																																																	
	4. อาหารริมบาทวิถี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป	N/A	1 แห่ง	2 แห่ง	ร้อยละ 80																																																																	
	ผลการดำเนินงานสะสม ปีงบประมาณ 2564-2565																																																																					
	ลำดับ	คปสอ.	<table><tr><th colspan="2">ร้านอาหาร</th><th rowspan="2">ตลาดสดน่าซื้อ (จำนวนแห่ง)</th><th rowspan="2">ตลาดนัดน่าซื้อ (จำนวนแห่ง)</th><th rowspan="2">อาหารริมบาทวิถี (จำนวนแห่ง)</th></tr><tr><th>CFGF</th><th>CFGF+</th></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>-</td><td>2</td><td>-</td><td>1 (สะสม)</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>1</td><td>-</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>-</td><td>-</td><td>1</td><td>-</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>1</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>1</td><td>-</td><td>1</td><td>-</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>2</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>13</td><td>5</td><td>6</td><td>2</td></tr></table>	ร้านอาหาร		ตลาดสดน่าซื้อ (จำนวนแห่ง)	ตลาดนัดน่าซื้อ (จำนวนแห่ง)	อาหารริมบาทวิถี (จำนวนแห่ง)	CFGF	CFGF+	1	หนองคาย	-	2	-	1 (สะสม)	2	ท่าบ่อ	5	1	1	-	3	โพนพิสัย	2	1	1	-	4	ศรีเชียงใหม่	1	-	1	1	5	สังคม	1	1	-	-	6	สระใคร	-	-	1	-	7	เผ่าไร่	1	-	-	-	8	รัตนวาปี	1	-	1	-	9	โพธิ์ตาก	2	-	-	-		รวม	13	5	6	2
	ร้านอาหาร		ตลาดสดน่าซื้อ (จำนวนแห่ง)	ตลาดนัดน่าซื้อ (จำนวนแห่ง)	อาหารริมบาทวิถี (จำนวนแห่ง)																																																																	
CFGF	CFGF+																																																																					
1	หนองคาย	-	2	-	1 (สะสม)																																																																	
2	ท่าบ่อ	5	1	1	-																																																																	
3	โพนพิสัย	2	1	1	-																																																																	
4	ศรีเชียงใหม่	1	-	1	1																																																																	
5	สังคม	1	1	-	-																																																																	
6	สระใคร	-	-	1	-																																																																	
7	เผ่าไร่	1	-	-	-																																																																	
8	รัตนวาปี	1	-	1	-																																																																	
9	โพธิ์ตาก	2	-	-	-																																																																	
	รวม	13	5	6	2																																																																	
<table><tr><th>ประเภทสถานประกอบการ</th><th>ชื่อสถานประกอบการ</th><th>ตำบล</th><th>อำเภอ</th><th>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</th><th>ประเมินรับรอง</th></tr><tr><td rowspan="5">ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)</td><td>1.ร้านเอกลาเนา</td><td>โพนสา</td><td>ท่าบ่อ</td><td>องค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา</td><td>ผ่าน</td></tr><tr><td>2.Vera costa</td><td>แก้งโก</td><td>สังคม</td><td>เทศบาลตำบลสังคม</td><td>ผ่าน</td></tr><tr><td>3.โจรวัว @โพนพิสัย</td><td>วัดหลวง</td><td>โพนพิสัย</td><td>องค์การบริหารส่วนตำบลวัดหลวง</td><td>ผ่าน</td></tr><tr><td>4.แดงแหมเมือง</td><td>โนเมือง</td><td>เมือง</td><td>เทศบาลเมืองหนองคาย</td><td>ผ่าน</td></tr><tr><td>5.ศรีเวียงจันทร์</td><td>เวียงคุก</td><td>เมือง</td><td>เทศบาลตำบลเวียงคุก</td><td>ผ่าน</td></tr><tr><td rowspan="5">ตลาดนัด ป้ายชื่อ (Temporary Market)</td><td>1.ตลาดนัดคราชา</td><td>จุมพล</td><td>โพนพิสัย</td><td>องค์การบริหารส่วนตำบลจุมพล</td><td>ระดับดีมาก</td></tr><tr><td>2.ตลาดนัดคลองมดหาด</td><td>หนองนาง</td><td>ท่าบ่อ</td><td>องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาง</td><td>ระดับดีมาก</td></tr><tr><td>3.ตลาดนัดคลองมดศรีเชียงใหม่</td><td>พานพร้าว</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่</td><td>ระดับพื้นฐาน</td></tr><tr><td>4.ตลาดนัดน้ำสวย 49</td><td>สระใคร</td><td>สระใคร</td><td>องค์การบริหารส่วนตำบลสระใคร</td><td>ระดับพื้นฐาน</td></tr><tr><td>5.ตลาดจุดผ่อนปรนไทย-ลาว บ้านเป่งจาน</td><td>โพนแพง</td><td>รัตนวาปี</td><td>องค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง</td><td>ระดับพื้นฐาน</td></tr><tr><td>อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)</td><td>1.ถนนริมโขง ลานเป่งเวียง</td><td>พานพร้าว</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่</td><td>ระดับพื้นฐาน</td></tr></table>					ประเภทสถานประกอบการ	ชื่อสถานประกอบการ	ตำบล	อำเภอ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่	ประเมินรับรอง	ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)	1.ร้านเอกลาเนา	โพนสา	ท่าบ่อ	องค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา	ผ่าน	2.Vera costa	แก้งโก	สังคม	เทศบาลตำบลสังคม	ผ่าน	3.โจรวัว @โพนพิสัย	วัดหลวง	โพนพิสัย	องค์การบริหารส่วนตำบลวัดหลวง	ผ่าน	4.แดงแหมเมือง	โนเมือง	เมือง	เทศบาลเมืองหนองคาย	ผ่าน	5.ศรีเวียงจันทร์	เวียงคุก	เมือง	เทศบาลตำบลเวียงคุก	ผ่าน	ตลาดนัด ป้ายชื่อ (Temporary Market)	1.ตลาดนัดคราชา	จุมพล	โพนพิสัย	องค์การบริหารส่วนตำบลจุมพล	ระดับดีมาก	2.ตลาดนัดคลองมดหาด	หนองนาง	ท่าบ่อ	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาง	ระดับดีมาก	3.ตลาดนัดคลองมดศรีเชียงใหม่	พานพร้าว	ศรีเชียงใหม่	เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่	ระดับพื้นฐาน	4.ตลาดนัดน้ำสวย 49	สระใคร	สระใคร	องค์การบริหารส่วนตำบลสระใคร	ระดับพื้นฐาน	5.ตลาดจุดผ่อนปรนไทย-ลาว บ้านเป่งจาน	โพนแพง	รัตนวาปี	องค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง	ระดับพื้นฐาน	อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)	1.ถนนริมโขง ลานเป่งเวียง	พานพร้าว	ศรีเชียงใหม่	เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่	ระดับพื้นฐาน		
ประเภทสถานประกอบการ	ชื่อสถานประกอบการ	ตำบล	อำเภอ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่	ประเมินรับรอง																																																																	
ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)	1.ร้านเอกลาเนา	โพนสา	ท่าบ่อ	องค์การบริหารส่วนตำบลโพนสา	ผ่าน																																																																	
	2.Vera costa	แก้งโก	สังคม	เทศบาลตำบลสังคม	ผ่าน																																																																	
	3.โจรวัว @โพนพิสัย	วัดหลวง	โพนพิสัย	องค์การบริหารส่วนตำบลวัดหลวง	ผ่าน																																																																	
	4.แดงแหมเมือง	โนเมือง	เมือง	เทศบาลเมืองหนองคาย	ผ่าน																																																																	
	5.ศรีเวียงจันทร์	เวียงคุก	เมือง	เทศบาลตำบลเวียงคุก	ผ่าน																																																																	
ตลาดนัด ป้ายชื่อ (Temporary Market)	1.ตลาดนัดคราชา	จุมพล	โพนพิสัย	องค์การบริหารส่วนตำบลจุมพล	ระดับดีมาก																																																																	
	2.ตลาดนัดคลองมดหาด	หนองนาง	ท่าบ่อ	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาง	ระดับดีมาก																																																																	
	3.ตลาดนัดคลองมดศรีเชียงใหม่	พานพร้าว	ศรีเชียงใหม่	เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่	ระดับพื้นฐาน																																																																	
	4.ตลาดนัดน้ำสวย 49	สระใคร	สระใคร	องค์การบริหารส่วนตำบลสระใคร	ระดับพื้นฐาน																																																																	
	5.ตลาดจุดผ่อนปรนไทย-ลาว บ้านเป่งจาน	โพนแพง	รัตนวาปี	องค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง	ระดับพื้นฐาน																																																																	
อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)	1.ถนนริมโขง ลานเป่งเวียง	พานพร้าว	ศรีเชียงใหม่	เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่	ระดับพื้นฐาน																																																																	

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ ปี 2565					
พื้นที่ (อำเภอ)	สถานที่จำหน่ายอาหาร (ร้านอาหาร)				
	จำนวนทั้งหมด (ร้าน)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านชีวภาพ	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกายภาพ	ร้อยละ
เมืองหนองคาย	3	2	66.67	2	66.67
ท่าบ่อ	5	4	80	4	80
โพนพิสัย	3	3	100	3	100
ศรีเชียงใหม่	2	2	100	2	100
สังคม	2	1	50	1	50
สระใคร	10	0	0	0	0
เผ้าไร่	1	1	100	1	100
รัตนวาปี	1	1	100	1	100
โพธิ์ตาก	3	2	66.67	2	66.67
รวม	30	16	53.33	16	53.33

ประเภทการสุ่มตรวจ	จำนวนที่สุ่มตรวจทั้งหมด (ตัวอย่าง)	จำนวนที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ตัวอย่าง)		จำนวนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (ตัวอย่าง)	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาหารพร้อมรับประทาน	107	60	56.07	47	43.93
น้ำดื่ม	9	5	55.56	4	44.44
น้ำแข็ง	26	12	46.15	14	53.85
ภาชนะสัมผัสอาหาร	88	47	53.41	41	46.59
มือผู้สัมผัสอาหาร	55	25	45.45	30	54.55
รวม	285	149	52.28	136	47.72

ผลการตรวจเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เพื่อตรวจหาการปนเปื้อน Coliform bacteria ด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย (SI-2) ของกรมอนามัย จากการสุ่มตรวจร้านอาหารจาก 9 อำเภอ 30 ร้าน 285 ตัวอย่าง พบว่ามีผู้สัมผัสอาหารพบการปนเปื้อนมากที่สุด พบการปนเปื้อน 30 ตัวอย่าง จาก 55 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 54.55 และอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคพบการปนเปื้อนน้อยที่สุด พบการปนเปื้อน 47 ตัวอย่าง จาก 107 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 43.93

ประเภทการสุ่มตรวจ	จำนวนที่สุ่มตรวจทั้งหมด (ตัวอย่าง)	จำนวนที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ตัวอย่าง)		จำนวนที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ตัวอย่าง)	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฟอร์มาลิน	98	93	94.90	5	5.38
สารกันรา	53	53	100	0	0.00
สารฆ่าแมลง	540	537	99.44	3	0.55
บอแรกซ์	97	97	100	0	0.00
สารเร่งเนื้อแดง	24	24	100	0	0.00
น้ำมันทอดซ้ำ	42	40	95.23	2	4.76
รวม	870	860	98.85	10	1.15

ผลการเฝ้าระวังการปนเปื้อนสารเคมีในอาหาร 6 ชนิด ได้แก่ 1) บอแรกซ์ 2) ฟอร์มาลิน 3) สารฟอกขาว 4) สารกันรา 5) สารเร่งเนื้อแดง 6) ยาฆ่าแมลง พบว่า ฟอร์มาลินมีการปนเปื้อนมากที่สุด จากการสุ่มตรวจจำนวน 98 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อน 5 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 5.38 และไม่พบการปนเปื้อนสารเคมีชนิดอื่นๆในอาหาร

การอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารให้ผ่านมาตรฐาน ของกรมอนามัย มีผู้ผ่านการอบรม 5 อำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 325 คน ดังนี้

เทศบาลเมืองหนองคาย	จัดอบรมวันที่ 19 พฤษภาคม 2565	จำนวน 100 คน
	จัดอบรมวันที่ 20 พฤษภาคม 2565	จำนวน 80 คน
เทศบาลตำบลโพนพิสัย	จัดอบรมวันที่ 22 มิถุนายน 2565	จำนวน 30 คน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหม้อ	จัดอบรมวันที่ 26 กรกฎาคม 2565	จำนวน 30 คน
	จัดอบรมวันที่ 27 กรกฎาคม 2565	จำนวน 25 คน
องค์การบริหารส่วนตำบลสระใคร	จัดอบรมวันที่ 29 สิงหาคม 2565	จำนวน 60 คน

เอกสารอ้างอิง	1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 2. กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 3. กฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 4. คู่มือมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food) 5. คู่มือตลาดนัดน้ำซึ่ (Temporary Market) พ.ศ.2557	
ผู้รับผิดชอบ	1. นายชัยวุฒิ ไชยชมภู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2. น.ส.ณัฐนันท์ จันทรมนตรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ 3. น.ส.ภาวิณี พิณรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	
	กลุ่มงาน อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	โทร. 0 4242 1438 ต่อ 103 E-mail: env.nkph@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ 25	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
25.1/-/-	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69)					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ; I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ; I60-I69)					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล					
เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 7					
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566					
ระดับจังหวัด						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ; I60-I69)จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน					
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <11%				
	2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <10%				
	3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <9%				
	4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <8%				
	5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) <7%				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ; I60-I69)		ร้อยละ	4.35	3.67	4.34

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	840	56	6.67
	2	ท่าบ่อ	271	3	1.11
	3	โพนพิสัย	157	0	0.00
	4	ศรีเชียงใหม่	11	0	0.00
	5	สังคม	7	0	0.00
	6	สระใคร	8	0	0.00
	7	เผ่าไร่	8	0	0.00
	8	รัตนวาปี	3	0	0.00
	9	โพธิ์ตาก	16	1	6.25
	10	พิสัยเวหา	60	0	0.00
		รวม	1,381	60	4.34
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 25	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง																																		
25.2/-/-	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (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 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																		
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	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 29%</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 28%</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 27%</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 26%</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 29%				2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 28%				3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 27%				4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 26%				5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25%			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 29%																																		
2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 28%																																		
3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 27%																																		
4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 26%																																		
5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25%																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)</td><td>ร้อยละ</td><td>15.84</td><td>9.24</td><td>11.47</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)	ร้อยละ	15.84	9.24	11.47																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2563	2564	2565																															
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ; I60-I62)	ร้อยละ	15.84	9.24	11.47																															

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	273	37	13.55
	2	ท่าบ่อ	32	1	3.13
	3	โพนพิสัย	19	0	0.00
	4	ศรีเชียงใหม่	2	1	50.00
	5	สังคม	1	0	0.00
	6	สระใคร	4	0	0.00
	7	เผ่าไร่	5	0	0.00
	8	รัตนวาปี	0	0	0.00
	9	โพธิ์ตาก	4	0	0.00
	10	พิสัยเวหา	0	0	0.00
		รวม	340	39	11.47
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปลูกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 25	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง																																		
25.3/-/-	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)																																		
หน่วยวัด	ร้อยละ																																		
น้ำหนัก	ร้อยละ																																		
คำอธิบาย	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบ/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)																																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																																		
เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 5																																		
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)																																		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																		
ระดับจังหวัด																																			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63) จากทุกหอผู้ป่วย																																		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน																																		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																																		
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td colspan="4">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 9%</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 8%</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 7%</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 6%</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="4">อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5%</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 9%				2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 8%				3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 7%				4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 6%				5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5%			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																		
1	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 9%																																		
2	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 8%																																		
3	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 7%																																		
4	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 6%																																		
5	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5%																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)</td><td>ร้อยละ</td><td>2.27</td><td>2.12</td><td>2.47</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)	ร้อยละ	2.27	2.12	2.47																	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																	
		2563	2564	2565																															
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ; I63)	ร้อยละ	2.27	2.12	2.47																															

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	529	18	3.40
	2	ท่าบ่อ	148	2	1.35
	3	โพนพิสัย	53	0	0.00
	4	ศรีเชียงใหม่	6	0	0.00
	5	สังคม	6	0	0.00
	6	สระใคร	0	0	0.00
	7	เผ่าไร่	1	0	0.00
	8	รัตนวาปี	2	0	0.00
	9	โพธิ์ตาก	7	0	0.00
	10	พิสัยเวหา	59	0	0.00
		รวม	811	20	2.47
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 25	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
25.4/-/-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit			
หน่วยวัด	ร้อยละ			
น้ำหนัก	ร้อยละ			
คำอธิบาย	การรักษาใน Stroke Unit : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล			
เป้าหมาย	ร้อยละ 75			
วิธีการประเมิน	ข้อมูลจากโรงพยาบาลหนองคาย			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566			
ระดับจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60- I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60- I69) ที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		ร้อยละ
	1	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit		≥ร้อยละ 35
	2			≥ร้อยละ 45
	3			≥ร้อยละ 55
	4			≥ร้อยละ 65
	5			≥ร้อยละ 75
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ
				2563 2564 2565
	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit		ร้อยละ	NA NA NA
เอกสารอ้างอิง	แบบรายงานโรงพยาบาลหนองคาย			
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุชปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 26	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันวัณโรค
26.1/24.1/-	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ร้อยละ 88
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ได้รับการรักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรครายปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. ร้อยละ 88
วิธีการประเมิน	สสจ. : รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP) คปสอ. : ประเมินจากเอกสารรายงาน ภาพกิจกรรมและรายงานจากโปรแกรม NTIP
ระยะเวลา	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565-ธันวาคม 2565
ประเมินผล	รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565-ธันวาคม 2565
2 ระดับ	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่(Success rate) ร้อยละ 88
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้
สูตรคำนวณ	$A / B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 68			
	2	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 73			
	3	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 78			
	4	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 83			
	5	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88			
	รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2563	2564	2565
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	83.04	77.46	68.57 (1/65)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565(1/2565)				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	33	20	60.60
	2	ท่าบ่อ	11	10	90.90
	3	โพนพิสัย	26	18	69.23
	4	ศรีเชียงใหม่	11	8	72.72
	5	สังคม	3	0	0
	6	สระใคร	7	5	71.42
	7	เผ่าไร่	6	5	83.33
	8	รัตนวาปี	0	0	0
	9	โพธิ์ตาก	4	3	75
	10	พิสัยเวหา	4	3	75
		รวม	105	72	68.57
	หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 9 ตุลาคม 2565				
เอกสารอ้างอิง	1. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 2. โปรแกรม NTIP				
ผู้รับผิดชอบ	นายทณ เดียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115		
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 42421 438 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 26	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันวัณโรค					
26.2/24.2/-	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ < ร้อยละ 5					
หน่วยวัด	อัตรา					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในระหว่างการรักษา (ไม่นับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือจากปัจจัยภายนอก)					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1-3 ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565-มิถุนายน 2566)					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. < ร้อยละ 5					
วิธีการประเมิน	1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษา(TB07)และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB08) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในแต่ละไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565-ธันวาคม 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565-มิถุนายน 2566					
ระดับ	จังหวัด/คปสอ. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ 5					
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษา ที่ครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้					
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ทั้งผู้ป่วยคนไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาส					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน	
	1		อัตราการเสียชีวิต > ร้อยละ 12.5		1	
	2		อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ 12.5		2	
	3		อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ 10		3	
	4		อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ 7.5		4	
	5		อัตราการเสียชีวิต < 5		5	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2563	2564	2565
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		ร้อยละ	10.24	13.47	13.33
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2563					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	150	15	10	
	2	ท่าบ่อ	56	5	8.92	
	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	เผ้าไร่	29	2	6.89		
8	รัตนวาปี	14	4	28.57		
9	โพธิ์ตาก	10	0	0		
10	พิสัยเวหา	10	2	20		
	รวม	401	43	10.72		

	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2564				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	เสียชีวิต	ร้อยละ
	1	หนองคาย	119	25	21.00
	2	ท่าบ่อ	58	6	10.34
	3	โพนพิสัย	83	9	10.11
	4	ศรีเชียงใหม่	20	0	0
	5	สังคม	18	2	11.11
	6	สระใคร	15	1	6.67
	7	เผ่าไร่	34	3	8.82
	8	รัตนวาปี	13	3	23.07
	9	โพธิ์ตาก	16	3	18.75
	10	พิสัยเวหา	10	0	0
		รวม	386	52	13.47
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปีงบประมาณ 2565(1/2565)				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	33	5	15.15
	2	ท่าบ่อ	11	1	9.09
	3	โพนพิสัย	26	4	15.38
	4	ศรีเชียงใหม่	11	1	9.09
	5	สังคม	3	2	66.67
	6	สระใคร	7	0	0
	7	เผ่าไร่	6	0	0
	8	รัตนวาปี	0	0	0
	9	โพธิ์ตาก	4	0	0
	10	พิสัยเวหา	4	1	25
		รวม	105	14	13.33
	หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 9 ตุลาคม 2565				
เอกสารอ้างอิง	1. รายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP 2. รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม NTIP				
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 26	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันวัณโรค																			
26.3/24.3/-	อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เพิ่มขึ้น > ร้อยละ 10 (เปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยผลงานปี 2563-2565)																			
หน่วยวัด	อัตรา																			
น้ำหนัก	ร้อยละ																			
คำอธิบาย	1.ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566) โดยเทียบกับค่าเฉลี่ยผลงานปีงบประมาณ 2563-2565 สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566) B = ค่าเฉลี่ยผลงานอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ 2563-2565																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ(TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน																			
เป้าหมาย	>ร้อยละ 10																			
วิธีการประเมิน	1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB07) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)																			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565–กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565–กรกฎาคม 2566																			
ระดับ	รอบที่ 1 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน > ร้อยละ 5 รอบที่ 2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน > ร้อยละ 10																			
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566)																			
รายการข้อมูล 2	B : ค่าเฉลี่ยอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในปีงบประมาณ 2563-2565																			
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$																			
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>แก้ไข</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน</td><td>ร้อยละ 6</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน</td><td>ร้อยละ 7</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน</td><td>ร้อยละ 8</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน</td><td>ร้อยละ 9</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน</td><td>ร้อยละ 10</td></tr> </tbody> </table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	แก้ไข	1	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 6	2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 7	3	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 8	4	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 9	5	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 10
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	แก้ไข																		
1	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 6																		
2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 7																		
3	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 8																		
4	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 9																		
5	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน	ร้อยละ 10																		

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2562	2564	2565	
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน		อัตรา	68.08	67.52	68.41	
	อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2563-2565						
	ลำดับ	คปสอ.	อัตราความ ครอบคลุม ปี 2563	อัตราความ ครอบคลุม ปี 2564	อัตราความ ครอบคลุม ปี 2565	ค่าเฉลี่ย ปี 2563- 2565	เป้าหมาย ตัวชี้วัด ปี 2566
	1	หนองคาย	96.45	82.68	85.97	88.36	97.20
	2	ท่าบ่อ	72.21	67.54	72.03	70.59	77.64
	3	โพนพิสัย	63.18	75.43	75.87	71.49	78.63
	4	ศรีเชียงใหม่	43.47	47.53	57.64	49.54	54.49
	5	สังคม	74.19	62.73	57.41	64.77	71.24
	6	สระใคร	41.86	44.58	85.40	57.28	63
	7	เฝ้าไร่	44.93	54.86	35.36	45.05	49.55
	8	รัตนวาปี	32.69	37.82	31.36	33.95	37.34
	9	โพธิ์ตาก	47.04	74	43.62	54.88	60.36
		รวม	68.08	67.52	68.41	68	74.80
	หมายเหตุ จาการายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ						
เอกสารอ้างอิง	1. รายงานการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB07) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล (โปรแกรม NTIP)						
ผู้รับผิดชอบ	นายทภณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115	
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย					โทร. 0 42421 438 ต่อ 136	

ตัวชี้วัดที่ 26	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรค	
26.4/24.4/-	ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค	
น้ำหนัก	ร้อยละ	
คำอธิบาย	จากผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของจังหวัดหนองคาย พบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค(Success rate) ของจังหวัดหนองคาย ปี 2561-2565 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยมีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เท่ากับ ร้อยละ 79.56 , 80.94, 83.04, 77.46 และ 68.57 ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานคือ การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ ร้อยละ 13.38, 13.28, 10.24, 13.47 และ 13.33 ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดหนองคาย สูงเป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดหนองคาย ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องมีกระบวนการในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานบูรณาการการทำงานประสานทั้งในระดับโรงพยาบาลและอำเภอ ตั้งแต่การขึ้นทะเบียนรักษาการดูแลรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้เกิดเป็นรูปธรรมภายใต้นโยบายประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย 3 หมอ และการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจให้กับผู้ป่วยวัณโรคที่ยากจน โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล /สสอ./รพ.สต /เทศบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดหนองคาย	
เป้าหมาย	ระดับ คปสอ.ผ่านเกณฑ์ 5 ขึ้นตอน	
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565-กรกฎาคม 2566	
เกณฑ์การคะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคของ คปสอ. จำนวน 5 อำเภอ
	2	ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคของ คปสอ. จำนวน 6 อำเภอ
	3	ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคของ คปสอ. จำนวน 7 อำเภอ
	4	ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคของ คปสอ. จำนวน 8 อำเภอ
	5	ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคของ คปสอ. จำนวน 9 อำเภอ

เกณฑ์การคะแนน ระดับ คปสอ.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ(Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และ ความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับนี้					
	ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
	1	/				
	2	/	/			
	3	/	/	/		
	4	/	/	/	/	
	5	/	/	/	/	/
	ขั้นตอน/รายละเอียด/ มีดังนี้					
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน				
	1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค 1.2 มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน เพื่อขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานวัณโรค อย่างน้อย 1 เดือน/ครั้ง				
2	2.1 มีแผนกิจกรรม/งบประมาณพัฒนางานเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค					
3	3.1 มีการประชุมทบทวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 3.2 มีรายงานผลการประชุม					
4	4.1 มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระดับ รพ.สต					
5	5.1 มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค					
เอกสารอ้างอิง	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน 2.รายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน 3.แผนกิจกรรม/งบประมาณการพัฒนางานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 4.รายงานการประชุมทบทวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 5.รายงานผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานใน รพ.สต/ ภาพกิจกรรม 6.รายงาน/เอกสาร/ภาพกิจกรรม การบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค					
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115			
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 42421 438 ต่อ 136			

ตัวชี้วัดที่ 26	ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันวัณโรค																																									
26.5/24.5/15	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต.																																									
หน่วยวัด	ขั้นตอน																																									
น้ำหนัก	ร้อยละ																																									
คำอธิบาย	เพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน อปท./ผู้นำชุมชน/อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้ร่วมกันค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ การติดตามดูแลรักษา การกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรค การดูแลป้องกันการแพร่เชื้อในครอบครัว/ชุมชน ที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล เพิ่มความครอบคลุมการดูแลและสุขภาพปฐมภูมิที่บ้าน และชุมชน โดย 3 หมอ เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค																																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษา และกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด																																									
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด/คปสอ. : รพ.สต ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน ร้อยละ 80 ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต ผ่านเกณฑ์ 5 ขั้นตอน																																									
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยผู้รับผิดชอบงานของจังหวัด ในช่วงประเมิน CUP																																									
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565–กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565–กรกฎาคม 2566																																									
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>2</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>4</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>5</td><td>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 80</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 40	2	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 50	3	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 60	4	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 70	5	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 80																													
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																									
1	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 40																																									
2	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 50																																									
3	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 60																																									
4	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 70																																									
5	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต. ร้อยละ 80																																									
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ รพ.สต.	กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ(Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ และความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับนี้ <table><tr><th rowspan="2">ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ระดับความสำเร็จ</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>	ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ					ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5	1	/					2	/	/				3	/	/	/			4	/	/	/	/		5	/	/	/	/	/
ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ																																									
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5																																					
1	/																																									
2	/	/																																								
3	/	/	/																																							
4	/	/	/	/																																						
5	/	/	/	/	/																																					

	ขั้นตอน/รายละเอียด/ มีดังนี้					
	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน				
	1	มีแผนงาน/กิจกรรมการคัดกรองวัณโรคกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเน้นหนักในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด 3 ปี (2563-2565)				
	2	มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด 3 ปี (2563-2565) และทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล				
	3	จัดกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด 3 ปี(2563-2565) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโดยการเอกซเรย์จากโรงพยาบาล				
	4	ผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายในพื้นที่มีรายชื่อ 3 หมอดูแลรับผิดชอบ				
	5	มีการออกติดตามกำกับกับการกินยา (DOT) ผู้ป่วยวัณโรคปอดในระดับ รพ.สต. อย่างน้อยร้อยละ 80				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานยุติวัณโรคใน รพ.สต.		ร้อยละ	2561	2562	2563
				-	-	-
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 (ยังไม่มีดำเนินการในปีที่ผ่านมา)					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	-	-	-	
	2	ท่าบ่อ	-	-	-	
	3	โพนพิสัย	-	-	-	
	4	ศรีเชียงใหม่	-	--	-	
	5	สังคม	-	-	-	
	6	สระใคร	-	-	-	
	7	เผ่าไร่	-	-	-	
	8	รัตนวาปี	--	-	-	
	9	โพธิ์ตาก	-	-	-	
	10	พิสัยเวหา	-	-	-	
		รวม	-	-	-	
เอกสารอ้างอิงระดับ รพ.สต	1.แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงานยุติวัณโรคในพื้นที่ 2.ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคราย รพ.สต พร้อมรายชื่อ 3 หมอที่ดูแลรับผิดชอบ 3.ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด 3 ปีย้อนหลัง 4.ผลงานการส่งกลุ่มเสี่ยงสูงรับการเอกซเรย์ปอด 5.ภาพกิจกรรมการตรวจคัดกรอง/การติดตามกำกับกับการกินยาและการดูแลโดย 3 หมอ 6.รายงานการกำกับกับการกินยา DOT ในโปรแกรม NTIP					
ผู้รับผิดชอบ	นายทณณ เตียวศิริชัยสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทรศัพท์มือถือ 081-975-6115		
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.หนองคาย			โทร. 0 42421 438 ต่อ 136		

ตัวชี้วัดที่ 27/25/16	จังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด	จำนวน ระดับคะแนน ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	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” ดังนี้ 2.1 การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU Hospital) 12 ตัวชี้วัด ดังนี้ (1) ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (รพ.รัฐ ระดับ A-M2 ≤ ร้อยละ 30 /รพ.รัฐ ระดับ F1-F3≤ ร้อยละ 20) (2) ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD ≤ ร้อยละ 20) (3) ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW ≤ ร้อยละ 50) (4) ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะสตรีกดอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (APL ≤ ร้อยละ 15) (5) ร้อยละผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs (≤ ร้อยละ 10) (6) ร้อยละสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ warfarin * statins ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ medchanical heart valve) (เกณฑ์เท่ากับ 0) (7) ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง (เกณฑ์เท่ากับ 0) (8) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (≥ ร้อยละ 80) (9) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน (≤ ร้อยละ 5) (10) ร้อยละผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (≥ ร้อยละ 80) (11) ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine (≤ ร้อยละ 5) (12) ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating (≤ ร้อยละ 20) 2.2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ(RDU PCU)/รพ.สต. จำนวน 2 ตัวชี้วัด ดังนี้ (1) ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI ≤ ร้อยละ 20) (2) ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD ≤ ร้อยละ 20) 2.3 การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) ตามเกณฑ์ประเมินและพัฒนาร้านชำ RDU กระทรวงสาธารณสุข (ภาคผนวก 1) 3. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบาย

	และมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ ซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และตัวแทนภาคประชาชน เช่น กรรมการ พชอ./พชช. เพื่อพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในแต่ละอำเภอ โดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการ สุขภาพทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คัดค้าน มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รพ.สต. 3. ร้านชำในหมู่บ้าน												
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อำเภอผ่านเกณฑ์ RDU province ร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมด (คิดเป็น 3อำเภอ) ระดับ คปสอ. : อำเภอดำเนินการ RDU province ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนที่ 5 ระดับ รพ.สต. : รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีอัตราการเข้าพบแพทย์ในโรคติดต่อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI ≤ 20 %) และอัตราการเข้าพบแพทย์ในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD≤ 20%) ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค												
วิธีการประเมิน	1. โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. เกณฑ์ประเมินและพัฒนาร้านชำ RDU กระทรวงสาธารณสุข (ภาคผนวก 1)												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : มีนาคม 2566 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด	จังหวัดดำเนินการ RDU province ผ่านเกณฑ์ 5 อำเภอ												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด (รอบที่ 1)	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>1 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr><tr><td>3</td><td>2 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr><tr><td>5</td><td>3 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	1 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน	3	2 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน	5	3 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	1 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
3	2 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
5	3 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด (รอบที่ 2)	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>1 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr><tr><td>2</td><td>2 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr><tr><td>3</td><td>3 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr><tr><td>4</td><td>4 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr><tr><td>5</td><td>5 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	1 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน	2	2 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน	3	3 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน	4	4 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน	5	5 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	1 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
2	2 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
3	3 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
4	4 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
5	5 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU Province ระดับ 5 คะแนน												
ระดับ คปสอ.	อำเภอดำเนินการ RDU province ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนนที่ 5												
รายการข้อมูล 1	RDU hospital หมายถึง การใช้อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ดำเนินการ 12 ตัวชี้วัด												
รายการข้อมูล 2	RDU PCU หมายถึง การใช้อย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต. ดำเนินการ 2 ตัวชี้วัด												
รายการข้อมูล 3	RDU community หมายถึง “ร้านชำ RDU ” หมายถึง ร้านชำที่ผ่านการประเมินและพัฒนาร้านชำส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ตามแบบประเมินฯ (ภาคผนวก 2)												

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ. (รอบที่ 1)	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
		RDU hospital	RDU PCU	RDU community
	1	ผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 40	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ ข้อที่ 1
	2	ผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 50	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ ข้อที่ 1 และผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ ข้อที่ 2 (จำนวน 1 ข้อ)
	3	ผ่านเกณฑ์ 8 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 60	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ ข้อที่ 1 และผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ ข้อที่ 2 (จำนวน 2 ข้อ)
	4	ผ่านเกณฑ์ 9 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 70	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ ข้อที่ 1 และผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ ข้อที่ 2 (จำนวน 3 ข้อ)
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ. (รอบที่ 2)	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
		RDU hospital	RDU PCU	RDU community
	1	ผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 40	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ
	2	ผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 50	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ และผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาร้านชำ ข้อที่ 1
	3	ผ่านเกณฑ์ 8 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 60	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ และผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาร้านชำ ข้อที่ 1 - 2
	4	ผ่านเกณฑ์ 9 ตัวชี้วัด	ร้อยละ 70	ผ่านเกณฑ์ประเมินสำหรับร้านชำ และผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาร้านชำ ข้อที่ 1 - 3
ระดับ รพ.สต.	รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI $\leq$ 20 %) และอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD $\leq$ 20%) ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต. (รอบที่ 1 , 2)	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1	อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD $\leq$ 40 %		
	2	อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD $\leq$ 35 %		
	3	อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD $\leq$ 30 %		
	4	อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD $\leq$ 25 %		
	5	อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD $\leq$ 20 %		

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	ยังไม่มีผลการดำเนินงานตัวชี้วัดนี้ในปีงบประมาณ 2563-2565		ร้อยละ	-	-	8 อำเภอ
	ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU hospital/RDU PCU และข้อมูลพื้นฐาน ปี 2565					
	ลำดับ	คปสอ.	RDU Hospital	RDU PCU	RDU community	สรุปผล RDU Province
	1	หนองคาย	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
	2	ท่าบ่อ	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
	3	โพนพิสัย	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
	4	ศรีเชียงใหม่	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
	5	สังคม	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
	6	สระใคร	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
	7	เผ่าไร่	X	✓	✓	ไม่ผ่านเกณฑ์
	8	รัตนวาปี	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
	9	โพธิ์ตาก	✓	✓	✓	ผ่านเกณฑ์
ผู้รับผิดชอบ	1. ภญ.ปิยะมาศ ปรีชาภูก 2. ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์ 3. ภญ.เพ็ญพร ส่งเมือง 4. ภก.พิมพ์รดา ช่างสุวรรณ 5. ภญ.มนสิชา บุรณะบุญฤติ				โทร. 083-2906287 โทร. 081-8718242 โทร. 084-0325650 โทร. 086-8514951 โทร. 091-0639982	
	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข				โทร. 0 4242 2923 ต่อ 129	

ตัวชี้วัดที่ 28/26/-	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด		
หน่วยวัด	ร้อยละ		
น้ำหนัก	ร้อยละ		
คำอธิบาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้ 1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin 2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin 3. <i>Klebsiella pneumonia</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin 4. <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA) 5. <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 6. <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 7. <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) 8. <i>Streptococcus pneumonia</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด		
เป้าหมาย	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 2564		
วิธีการประเมิน	วิธีการคำนวณ $\frac{\text{ผู้ป่วยพบแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด} \times 100}{\text{ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}}$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 65 เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 66 เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64)		
ระดับจังหวัด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีฐาน 2564 (ปี 2564 ร้อยละ 40.55)		
รายการข้อมูล 1	A : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 2564		
รายการข้อมูล 2	B : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน		
สูตรคำนวณ	B-A		
เกณฑ์การให้คะแนน	ปี 2566		
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
		รอบ 12 เดือน	
		อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค. 65) เทียบกับปีปฏิทิน 64 (ม.ค.-ธ.ค.64) หมายเหตุ : โรงพยาบาลเทียบกับข้อมูลของโรงพยาบาลในปีปฏิทินที่ผ่านมา	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 2566 (ม.ค.- มิ.ย. 2566) เทียบกับปีปฏิทิน 2564 (ม.ค.-ธ.ค.64)

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับคะแนน				
	1	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ≤48.55			
	2	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ≤46.55			
	3	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ≤44.55			
	4	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ≤42.55			
	5	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ≤40.55			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน					
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแส 8 ชนิด	ร้อยละ	38.54	36.69	40.55
เอกสารอ้างอิง					
ผู้รับผิดชอบ	นางสุกัญญา กราบไกรแก้ว นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ		โทร. 042-413456-65 ต่อ 223		
	นางสาวสุพัตรา แข็งกลาง เภสัชกรชำนาญการ		โทร. 088-5616590		
	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 042 413456-65 ต่อ 520		

ตัวชี้วัดที่ 29/27/-	อัตราการตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอดรอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) จำนวนทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากแฟ้ม LABOR เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัด - LABOR=>LBORN = จำนวนเด็กเกิดมีชีพ จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน จากแฟ้ม SERVICE, ADMISSION และ PERSON เสียชีวิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ประมวลผลจาก วันที่จำหน่าย ลบ วันเดือนปีเกิดเด็ก - สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ SERVICE=>TYPEOUT = 4,5,6 - สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย ADMISSION=>DISCHSTATUS = 8,9 - วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย ADMISSION=>DISCHTYPE = 8,9 - วันเดือนปีเกิด PERSON=>BIRTH ขั้นตอนการดำเนินงาน 1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกโรงพยาบาล 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน สป.สธ. (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ได้แก่ รพท.หนองคาย/รพร.ท่าบ่อ/รพช.โพนพิสัย/รพช.ศรีเชียงใหม่/รพช.สังคม ยกเว้น รพช.สระใคร/รพช.เผ่าไร่/รพช.รัตนวาปี/รพช.โพธิ์ตาก												
เป้าหมาย	<3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน/สำรวจ												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการตายทารกแรกเกิด												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ												
สูตรคำนวณ	(A/B) X 1,000												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤3.6: 1,000 การเกิดมีชีพ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7.6: 1,000 การเกิดมีชีพ	2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6.6: 1,000 การเกิดมีชีพ	3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5.6: 1,000 การเกิดมีชีพ	4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4.6: 1,000 การเกิดมีชีพ	5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤3.6: 1,000 การเกิดมีชีพ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤7.6: 1,000 การเกิดมีชีพ												
2	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤6.6: 1,000 การเกิดมีชีพ												
3	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤5.6: 1,000 การเกิดมีชีพ												
4	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤4.6: 1,000 การเกิดมีชีพ												
5	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน≤3.6: 1,000 การเกิดมีชีพ												
- ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. (รพท.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ/ รพช.โพนพิสัย/ รพช.ศรีเชียงใหม่/ รพช.สังคม)													

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
	หน่วยวัด		2563	2564	2565 (11ด)
	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน		2.53 (9/3556)	2.23 (7/3149)	2.81 (8/2844)
	: ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 1 กันยายน 2565				
เอกสารอ้างอิง	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	ผลงาน/เป้าหมาย	อัตราต่อพัน	ระดับคะแนน
	1	หนองคาย	7/1136	6.16	2
	2	ท่าบ่อ	1/912	1.09	5
	3	โพนพิสัย	0/736	0	5
	4	ศรีเชียงใหม่	0/20	0	5
	5	สังคม	0/40	0	5
	6	สระใคร	0/3	0	5
	7	เผ่าไร่	0/0	0	5
	8	รัตนวาปี	0/0	0	5
	9	โพธิ์ตาก	0	0	5
	10	พิสัยเวส	0	0	5
	รวม (ทั้งจังหวัด)		8/2844	2.81	5
	ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 15 กันยายน 2565				
	ฐานข้อมูลการตาย มรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย จาก HDC				
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงภูษณี กนกศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการ หอผู้ป่วย NICU โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212		
	นางปริณดา ไตรยะวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยNICU โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. 08 1749 6251 e-mail : Parindaaso@hotmail.com โทร. 0 4214 3456-65 ต่อ 212		

ตัวชี้วัดที่ 30/28/-	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 โรงพยาบาล ต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ 1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ 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 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M, F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time(M1)/part time(M2,F) อย่างน้อย 1 คน 2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime/part time อย่างน้อย 1 คน 2.3 โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน และมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลตามบริบท 2.4 โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายกรรมการแพทย์ ดังนี้ 3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03 3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5 3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (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 ปี) ประคับประคองระยะท้าย 4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน และบันทึกการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 35) * เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด 6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนืองที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ แบบประเมินตนเอง เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคองข้อ 1-7 (งาน Service plan) เอกสาร ดังแนบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดหนองคาย
เป้าหมาย	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ตั้งจากฐาน HDC) ระดับ จังหวัด : ร้อยละ 55 ระดับ โรงพยาบาล : ร้อยละ 55
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 การดูแลผู้ป่วยประคับประคองจังหวัด และเขตสุขภาพ 5. การสอบถาม เอกสารแนวทางปฏิบัติต่างๆ
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ตั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

รายการข้อมูล 2	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 ไม่นับรายครึ่ง/ซ้ำ					
สูตรคำนวณ	A/B x 100					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 35				
	2	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40				
	3	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 45				
	4	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 50				
	5	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 55				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ		ร้อยละ	40.12	67.14	66.01
			ข้อมูล:	ข้อมูล:	ข้อมูล:	
			HDC	HDC	HDC	
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565					
	ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5)	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning	ร้อยละ	
	1	หนองคาย	432	345	79.86	
	2	ท่าบ่อ	333	246	73.87	
	3	โพนพิสัย	406	222	54.68	
	4	ศรีเชียงใหม่	13	7	53.85	
	5	สังคม	138	40	28.99	
6	สระใคร	50	38	76		
7	เผ้าไร่	30	28	93.33		
8	รัตนวาปี	99	64	64.65		
9	โพธิ์ตาก	23	16	69.57		
	รวม	1,524	1,006	66.01		

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) ร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่าย ค่าชดเชยการให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกการเยี่ยม บ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 6. เครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. การบันทึกเหตุการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 8. แบบประเมินตนเอง เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยประคับประคอง ข้อ 1-7 (งาน Service plan)	
ผู้รับผิดชอบ	แพทย์หญิงโมฬี นาคสาร	โทร. 089-7127906
	นางลำยอง เลขนอก	โทร. 089-6179089
	นางกนกกร ราชปองขันธุ์	โทร. 082-8790590
	เภสัชกรหญิง กฤษติยา พุ่มบัว	โทร. 089-8418107
	นางนุชรินทร์ ชัยชมพู	โทร.087-4263587
	โรงพยาบาลหนองคาย โทร. 042-413456 ต่อ 506	
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์	โทร. 081-9778442
	นายเทอดไทย เหมืองทอง	โทร. 082-1240925
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย	โทร. 042-465067 ต่อ 123

เอกสารแนบท้าย

แบบประเมินตนเอง (Check list)

เรื่อง คุณภาพการบริการผู้ป่วยระดับประคอง ข้อ 1-7 (งาน Service plan)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล ให้ได้คุณภาพและมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์ตัวชี้วัด

หัวข้อ	เนื้อหา	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
1	มีบุคลากรในทีมการดูแลระดับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้ 1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน fulltime อย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลระดับ M, F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน parttime อย่างน้อย 1 คน 1.2 โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M, F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน parttime อย่างน้อย 1 คน 1.3 โรงพยาบาลทุกระดับมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน		
2	โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์งานหรือกลุ่มงานที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว		
3	มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะระดับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้าย กรมการแพทย์		
4	มีรายการยา Opioids ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออ. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวดและ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) ยากลุ่ม Opioids ตาม กรอบบัญชียาขึ้นตำที่กระทรวงแนะนำ ● โรงพยาบาล ระดับ A, S: รพ.หนองคาย 1. Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ MO IR 10mg tab 2. MST 10 mg tab 3. MST 30 mg tab 4. Kapanol cap 5. MO inj. 6. Fentanyl patch		

หัวข้อ	เนื้อหา	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
	● โรงพยาบาล ระดับ M1, M2: รพ.ท่าบ่อ, รพ.โพนพิสัย 1. Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ MO 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, สระไคร, รพ.เฝ้าไร่, รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก 1. Morphine 2 mg/ml syrup และ/หรือ MO IR 10mg tab 2. MST 10 mg tab 3. MO inj. โดยพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยา มอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/ อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย		
5	มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และ บันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตาม ผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50)		
6	มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยา มอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรือ อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน		
7	มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแล ประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์ แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดย กรมการแพทย์แผนไทย)		

ตัวชี้วัดที่ 31	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช					
31.1/29.1/-	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร					
หน่วยวัด	อัตรา					
น้ำหนัก	ร้อยละ					
คำอธิบาย	การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ (รหัส X60-X84) อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตาย ในจำนวนประชากรแสนคน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในจังหวัดหนองคายทุกคน					
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับ คปสอ. อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร					
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/โปรแกรม 506S					
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566					
ระดับจังหวัด/คปสอ.						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในปีงบประมาณ 2566					
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรกลางปี 2565					
สูตรคำนวณ	อัตราการฆ่าตัวตาย = $\frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2566} \times 100,000}{\text{ประชากรกลางปี}}$					
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 12.0 ต่อแสนประชากร				
	2	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 11.0 ต่อแสนประชากร				
	3	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 10.0 ต่อแสนประชากร				
	4	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 9.0 ต่อแสนประชากร				
	5	อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2563	2564	2565
	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ		อัตรา	4.02	3.07	2.90
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565					
	ลำดับ	คปสอ.	ประชากรกลางปี	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตรา	
1	หนองคาย	150,103	3	1.99		
2	ท่าบ่อ	82,282	4	4.86		
3	โพนพิสัย	98,258	4	4.07		
4	ศรีเชียงใหม่	29,841	1	3.35		
5	สังคม	25,633	1	3.90		
6	สระใคร	26,565	0	0		
7	เผ่าไร่	50,858	2	3.93		
8	รัตนวาปี	38,057	0	0		
9	โพธิ์ตาก	15,246	0	0		
	รวม	516,843	15	2.90		

เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม รง 506s (www.suicidethai.com)	
	2. ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์	โทร. (มือถือ) 089-7102475
	นางสาวราวดี โพธิ์ปึกษา	โทร. (มือถือ) 091-0607182
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	โทร. 0 424 13354 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 31	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช																	
31.2/29.2/-	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 85																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems -10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป																	
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับ คปสอ. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ มากกว่าร้อยละ 85																	
วิธีการประเมิน	โปรแกรม Hosxp / 43 แฟ้ม																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																	
ระดับจังหวัด/คปสอ.																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2566																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ จำนวนประชากรกลางปีอายุ15 ปีขึ้นไป x ค่าประมาณการ (2.7) 100																	
สูตรคำนวณ	สูตรการหาร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ = (A/B) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 80</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65	2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70	3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75	4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 80	5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65																	
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 70																	
3	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75																	
4	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 80																	
5	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ</td><td>ร้อยละ</td><td>94.82</td><td>100.17</td><td>126.09</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			2563	2564	2565	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	94.82	100.17	126.09
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ																
		2563	2564	2565														
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	ร้อยละ	94.82	100.17	126.09														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	3,318	3,672	110.66
	2	ท่าบ่อ	1,620	2,071	127.83
	3	โพนพิสัย	1,757	2,065	117.52
	4	ศรีเชียงใหม่	409	734	179.46
	5	สังคม	494	785	158.90
	6	สระใคร	435	470	108.04
	7	เผ่าไร่	702	1,266	180.34
	8	รัตนวาปี	650	758	116.61
	9	โพธิ์ตาก	248	326	131.45
		รวม	9,633	12,147	126.09
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 31	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช												
31.3/29.3/-	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 95												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย : ผู้กระทำการปลิดชีวิตตนเอง มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิต เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้นหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อม ด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่เสียชีวิตด้วยเหตุใดก็ตามและมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศของ องค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) การดูแลช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการคัดกรอง เฝ้าระวังด้วยวิธีการและ/หรือเครื่องมือสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ได้รับการตรวจรักษาตามอาการและได้รับการดูแลด้านสังคมจิตใจ ตามลักษณะปัญหา หรือ อาการที่พบ ได้แก่ การให้ยา สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษา การทำจิตบำบัด ฯลฯ เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ควรได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15-30 วัน ตามสภาพความรุนแรงของปัญหา และ ความต้องการของผู้รับบริการ การบันทึกข้อมูล บันทึกในโปรแกรม Dashboard และโปรแกรมดูแลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย รง.506 S ผ่านทางwebsite www.suicidethai.com												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในจังหวัดหนองคาย												
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด / ระดับคปสอ.												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม/โปรแกรม 506S												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด													
สูตรคำนวณ	(Ax100) / B												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 55</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 85</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 95</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 55	2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 65	3	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 75	4	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 85	5	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 95
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 55												
2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 65												
3	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 75												
4	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 85												
5	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 95												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด				
	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		2563	2564	2565	
	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการ เฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ซ้ำ ร้อยละ 95	ร้อยละ	100	100	100
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565					
	ลำดับ	คปสอ.	จำนวนผู้พยายามฆ่า ตัวตายไม่สำเร็จ	ได้รับการ ติดตามเยี่ยม	ร้อยละ
	1	หนองคาย	25	25	100
	2	ท่าบ่อ	10	10	100
	3	โพนพิสัย	13	13	100
	4	ศรีเชียงใหม่	4	4	100
	5	สังคม	2	2	100
	6	สระใคร	0	0	0
	7	เฝ้าไร่	0	0	0
	8	รัตนวาปี	2	2	100
	9	โพธิ์ตาก	1	1	100
		รวม	57	57	100
เอกสารอ้างอิง	1. โปรแกรม HDC 2. โปรแกรม Dashboard 3. โปรแกรม รง 506s (www.suicidethai.com)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์			โทร. (มือถือ) 089-7102475	
	นางสาวราวดี โพธิ์ปักขา			โทร. (มือถือ) 091-0607182	
	งานสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ			โทร. 0 424 13354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 32/30/-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
หน่วยวัด	อัตรา
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะไม่มีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ 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 และมีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราการตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2565 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – 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 การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด 6. ทบทวน Case 6.1 ต้องมีการทบทวน Sepsis/Severe Sepsis/Septic shock ที่ dead โดยใช้แบบ

	ทบทวนตามงานคุณภาพของโรงพยาบาล 6.1.1 รพ.หนองคาย ทบทวนให้ได้ร้อยละ 10 6.1.2 รพ.ท่าบ่อ และ รพ.โพนพิสัย ทบทวนให้ได้ร้อยละ 50 6.2 รพ.อื่นๆ ได้แก่ รพ.ศรีเชียงใหม่/รพ.สังคม/รพ.สระใคร/รพ.เผ่าไร่/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 นางกัญญณัฏฐ์ พรหมเขจร : say12909@gmail.com
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 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 ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
รายการข้อมูล 2	B = 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) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (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	$(A+C) / D \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส						
เกณฑ์การประเมิน							
1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ							
2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ							
3. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก							
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2562	2563	2564	2565	
	-	ร้อยละ	40.43	37.23	37.86	37.75	
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ. : <ร้อยละ 26						
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ - โปรแกรม 43 แฟ้ม และ Cockpit - HDC						
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565– กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565– กรกฎาคม 2566						
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ 26						
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)						
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)						
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100						
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	1	มีการทบทวน case น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด					
	2	มีการทบทวน case ร้อยละ 50 ของเกณฑ์ที่กำหนด					
	3	มีการทบทวน case ร้อยละ 100 ของเกณฑ์ที่กำหนด					
	4	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 30					
	5	อัตราเสียชีวิตจากติดเชื้อ (Sepsis) < ร้อยละ 26					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
			2561	2562	2563	2564	2565
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ 26	37.33	40.43	37.23	37.86	37.75

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	หนองคาย	642	341	53.12
2	ท่าบ่อ	170	51	30.00
3	โพนพิสัย	123	7	5.69
4	ศรีเชียงใหม่	13	2	15.38
5	สังคม	29	0	0
6	สระใคร	38	3	7.89
7	เฝ้าไร่	46	6	13.04
8	รัตนวาปี	19	0	0
9	โพธิ์ตาก	6	0	0
10	พิสัยเวท	0	0	0
	รวม	1,086	410	37.75
ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล : 21 พฤศจิกายน 2565				
เอกสารอ้างอิง	1. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 3. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวจินตหรา มังคะละ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. : 042-413456-65 ต่อ 223 e-mail : -	
	นางกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเขจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลหนองคาย		โทร. : 086-6400531 e-mail : say12909@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 640-641	

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg

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

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

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

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

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

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

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

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

Platelet count $<100,000/\mu\text{L}$

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 (°C)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกร้าว			สับสน กระสับกระส่าย นึกย้อนคิด	ตื่นตัว พูดคุยได้	ซึม แต่ตอบสนองดี	ซึมมาก หายใจกระตุก ชีพจรเต้นเร็ว	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤ 500	501-999	$\geq 1,000$			
ปัสสาวะ/ 8 ชม		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/ 4 ชม		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/ 1 ชม		≤ 20	21-39	≥ 40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

ระดับ 1 (Level 1)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

ระดับ 2 (Level 2)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those ‘stepping down’ from higher levels of care

ระดับ 3 (Level 3)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

ตารางที่ 5 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

ตารางที่ 6 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
- ✓ ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว = มีครบทั้ง 3 ข้อ

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

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

นียมการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

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

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

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

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

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

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

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

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

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

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 33/31/-	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture Rate <ร้อยละ 20)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง ภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับ การรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส 1. Femoral neck S72.0 2. Intertrochanter S72.1 3. Subtrochanter 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 malleolus) S82.6 (lateral malleolus) S82.8 (lower leg, other) ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการ ด้วยรหัส 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												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด 2. โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2.1 รพท.หนองคาย 2.2 รพร.ท่าบ่อ												
เป้าหมาย	1.1 Refracture $\leq$ ร้อยละ 20 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50 ขึ้นไป												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43/แฟ้ม HDC												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565-กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	1. Refracture $\leq$ ร้อยละ 20 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50 ขึ้นไป												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>1. เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 40</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 35</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 30</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 25</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 20</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน	1	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 40	2	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 35	3	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 30	4	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 25	5	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 20
ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน												
1	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 40												
2	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 35												
3	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 30												
4	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 25												
5	Refracture Rate $\leq$ ร้อยละ 20												
ระดับจังหวัด ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>2. เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Early surgery $\geq$ ร้อยละ 30</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Early surgery $\geq$ ร้อยละ 35</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Early surgery $\geq$ ร้อยละ 40</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Early surgery $\geq$ ร้อยละ 45</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	2. เกณฑ์การให้คะแนน	1	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 30	2	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 35	3	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 40	4	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 45	5	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50
ระดับคะแนน	2. เกณฑ์การให้คะแนน												
1	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 30												
2	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 35												
3	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 40												
4	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 45												
5	Early surgery $\geq$ ร้อยละ 50												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
				2561	2562	2563	2564
	Refracture Rate		≤ ร้อยละ 20	0 (0/67)	0 (0/36)	0 (0/51)	0 (0/80)
	ผ่าตัดแบบ Early surgery		≥ ร้อยละ 50				
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564						
	ลำดับ		Refracture			Early surgery	
คปสอ.		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	50	0	0		
	2	ท่าบ่อ	30	0	0		
		รวม	80	0	0		
เอกสารอ้างอิง	คู่มือการจัดตั้งทีม และดำเนินการโครงการ Capture the fracture						
ผู้รับผิดชอบ	นายแพทย์กฤษฏา ศรีกุลวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 089-1795273 E-mail : kritsada_s@ hotmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 223			
	นางสิวิณี หนู่มขุนทด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลหนองคาย			โทร. 086-8519857 E-mail : Kaisiwi@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 413			

ตัวชี้วัดที่ 34	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ																	
34.1/-/-	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ทั้งหมด																	
เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ 8																	
วิธีการประเมิน	ข้อมูลThai ACS registry ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																	
ระดับจังหวัด																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO 121.0-121.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด																	
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 12</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 11</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 10</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 9</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 8</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 12	2	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 11	3	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 10	4	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 9	5	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 8	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 12																	
2	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 11																	
3	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 10																	
4	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 9																	
5	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ 8																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</td><td>ร้อยละ</td><td>9.30</td><td>6.72</td><td>8.60</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	9.30	6.72	8.60
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2563	2564	2565														
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	9.30	6.72	8.60														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	33	3	9.09
	2	ท่าบ่อ	21	1	4.76
	3	โพนพิสัย	11	2	18.18
	4	ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00
	5	สังคม	4	1	25.00
	6	สระใคร	3	0	0.00
	7	เผ่าไร่	7	1	14.28
	8	รัตนวาปี	6	0	0.00
	9	โพธิ์ตาก	3	0	0.00
	10	พิสัยเวหา	3	0	0.00
		รวม	93	8	8.60
เอกสารอ้างอิง	1. ข้อมูล Thai ACS registry 2. ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 3. รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุซปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 34	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ																	
34.2/32.1/-	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด																	
หน่วยวัด	ร้อยละ																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการ ให้การวินิจฉัย และรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันทั่วทั้งที่ โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																	
เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 60																	
วิธีการประเมิน	ข้อมูลThai ACS registry ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																	
ระดับจังหวัด/คปสอ.																		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล																	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด																	
สูตรคำนวณ	A/B x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<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>					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	
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																	
- ระดับจังหวัด																		
- ระดับ คปสอ.																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>65.00</td><td>62.90</td><td>61.54</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	65.00	62.90	61.54
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2563	2564	2565														
ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	65.00	62.90	61.54														

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	14	9	64.29
	2	ท่าบ่อ	4	4	100.00
	3	โพนพิสัย	3	3	50.00
	4	ศรีเชียงใหม่	2	0	0.00
	5	สังคม	3	1	33.33
	6	สระใคร	1	1	100.00
	7	เผ่าไร่	5	0	0.00
	8	รัตนวาปี	4	3	75.00
	9	โพธิ์ตาก	2	2	100.00
	10	พิสัยเวหา	1	1	100.00
		รวม	39	24	61.54
เอกสารอ้างอิง	1.ข้อมูลThai ACS registry 2.ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 3.รายงานผลการดำเนินงาน Service Plan สาขาหัวใจ				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุษปฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			0 4241 3354 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 34	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
34.3/32.2/-	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 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด/คปสอ.	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง(I10 - I15) อายุ 35 - 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด (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)
รายการข้อมูล 2	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 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)

สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 50			
	2	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 60			
	3	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 70			
	4	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 80			
	5	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 90			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2563	2564
	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)		ร้อยละ	84.70	80.99
				2565	88.55
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	เมืองหนองคาย	6,202	5,665	91.34
	2	ท่าบ่อ	3,599	2,746	76.30
	3	โพนพิสัย	3,396	3,190	93.93
	4	ศรีเชียงใหม่	1,334	1,145	85.83
	5	สังคม	1,205	1,114	92.45
	6	สระใคร	1,045	982	93.97
	7	เผ่าไร่	1,824	1,698	93.09
	8	รัตนวาปี	1,613	1,368	84.81
	9	โพธิ์ตาก	610	535	87.70
		รวม	20,828	18,443	88.55
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสุจิตรา บุขุภักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทร. (มือถือ) 08 -1964-8534 E-mail:poo_b12@hotmail.com		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด		0 4241 3354 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 35/33/17	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วย ตนเองอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำและตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination: CBE) ใน และบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี 3. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น - ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และ/หรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy) - ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื้อมาตรวจ Liquid based cytology (LCB) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ $\geq$ ASCUS (Code 200 – 308) จึงจะส่งตรวจ Colposcopy 4. การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอด ปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด 5. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ 6. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ 7. การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะต้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม 1.1 สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE 1.2 สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE 1.3 ประชากรได้รับการบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2.1 สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

	2.2 สตรี 30-60 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy) 3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3.1 ประชากรอายุ 50-70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT test 3.2 ประชากรอายุ 50-70 ปีที่มีผลตรวจ Fit test Positive ได้รับการส่องกล้อง (Colonoscopy)
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด, ระดับ คปสอ. และ ระดับ รพ.สต. คือ 1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม 1.1 ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE $\geq 80\%$ 1.2 ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE $\geq 80\%$ 1.3 ร้อยละการบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE $\geq 80\%$ 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2.1 ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq 60\%$ 2.2 ร้อยละของสตรี 30-60 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq 70\%$ 3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3.1 ร้อยละประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test $\geq 80\%$ 3.2 ร้อยละประชากรอายุ 50-70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit test Positive ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy $\geq 50\%$
วิธีการประเมิน	1. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. โปรแกรม HPVcx2020 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ * <u>การบันทึกข้อมูล</u> - การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา - การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
รายการข้อมูล 1	1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม A1.1 = จำนวนสตรีอายุ 30 – 70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE A1.2 = จำนวนสตรีอายุ 30 – 70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE A1.3 = จำนวนประชากรที่ได้รับการบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก A2.1 = จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก A2.2 = จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง 3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง A3.1 = จำนวนประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองด้วยวิธี FIT test A3.2 = จำนวนประชากรอายุ 50-70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit test เป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง

รายการข้อมูล 2	1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม B1.1 = จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปี ทั้งหมด B1.2 = จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปี ทั้งหมด B1.3 = จำนวนเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรให้บันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก B2.1 = จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี (20% ของสตรีอายุ 30-60 ปีทั้งหมด) B2.2 = จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ 3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง B3.1 = จำนวนประชากรอายุ 50-70 ปี (10% ของประชากรอายุ 50-70 ปีทั้งหมด) B3.2 = จำนวนประชากรอายุ 50-70 ปี ที่มีผลตรวจ FIT test เป็นบวก (Positive) ทั้งหมด																																				
สูตรคำนวณ	1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม A1.1/B1.1 × 100 A1.2/B1.2 × 100 A1.3/B1.3 × 100 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก A2.1/B2.1 × 100 A2.2/B2.2 × 100 3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง A3.1/B3.1 × 100 A3.2/B3.2 × 100																																				
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 1 คะแนน</td></tr> <tr> <td>2</td><td>คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 2 คะแนน</td></tr> <tr> <td>3</td><td>คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 3 คะแนน</td></tr> <tr> <td>4</td><td>คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 4 คะแนน</td></tr> <tr> <td>5</td><td>คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด = 5 คะแนน</td></tr> </tbody> </table> 1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE < ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>2</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>3</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>5</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 80</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE < ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>2</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 50</td></tr> <tr> <td>3</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 60</td></tr> <tr> <td>4</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>5</td><td>สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 80</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 1 คะแนน	2	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 2 คะแนน	3	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 3 คะแนน	4	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 4 คะแนน	5	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด = 5 คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE < ร้อยละ 50	2	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 50	3	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 60	4	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 70	5	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 80	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE < ร้อยละ 50	2	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 50	3	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 60	4	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 70	5	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																				
1	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 1 คะแนน																																				
2	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 2 คะแนน																																				
3	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 3 คะแนน																																				
4	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด ≥ 4 คะแนน																																				
5	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด = 5 คะแนน																																				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																				
1	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE < ร้อยละ 50																																				
2	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 50																																				
3	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 60																																				
4	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 70																																				
5	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ร้อยละ 80																																				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																																				
1	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE < ร้อยละ 50																																				
2	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 50																																				
3	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 60																																				
4	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 70																																				
5	สตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ร้อยละ 80																																				

	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE < ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>2</td><td>การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>3</td><td>การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>4</td><td>การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>5</td><td>การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 80</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE < ร้อยละ 50	2	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 50	3	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 60	4	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 70	5	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 80											
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
	1	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE < ร้อยละ 50																						
	2	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 50																						
	3	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 60																						
	4	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 70																						
	5	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE ร้อยละ 80																						
	2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก																							
	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก < ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>2</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 45</td></tr><tr><td>3</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>4</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 55</td></tr><tr><td>5</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 60</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก < ร้อยละ 45	2	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 45	3	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 50	4	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 55	5	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 60											
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
	1	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก < ร้อยละ 45																						
	2	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 45																						
	3	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 50																						
	4	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 55																						
	5	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 60																						
<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง < ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>2</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>3</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>4</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>5</td><td>สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 70</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง < ร้อยละ 40	2	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 40	3	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 50	4	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 60	5	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 70												
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																							
1	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง < ร้อยละ 40																							
2	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 40																							
3	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 50																							
4	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 60																							
5	สตรี 30 – 60 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 70																							
3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง																								
<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test < ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>2</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>3</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>4</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>5</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 80</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test < ร้อยละ 50	2	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 50	3	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 60	4	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 70	5	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 80												
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																							
1	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test < ร้อยละ 50																							
2	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 50																							
3	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 60																							
4	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 70																							
5	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ 80																							
<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง < ร้อยละ 20</td></tr><tr><td>2</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 20</td></tr><tr><td>3</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 30</td></tr><tr><td>4</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>5</td><td>ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 50</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง < ร้อยละ 20	2	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 20	3	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 30	4	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 40	5	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 50												
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																							
1	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง < ร้อยละ 20																							
2	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 20																							
3	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 30																							
4	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 40																							
5	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง ร้อยละ 50																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งเต้านม</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE</td><td>ร้อยละ</td><td>77.35</td><td>85.25</td><td>84.35</td></tr><tr><td>สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE</td><td>ร้อยละ</td><td>82.47</td><td>91.38</td><td>86.86</td></tr><tr><td>การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งเต้านม	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE	ร้อยละ	77.35	85.25	84.35	สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE	ร้อยละ	82.47	91.38	86.86	การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE	ร้อยละ	-	100	100
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งเต้านม			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																			
		2563	2564		2565																			
	สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE	ร้อยละ	77.35	85.25	84.35																			
	สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE	ร้อยละ	82.47	91.38	86.86																			
การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE	ร้อยละ	-	100	100																				
<table><tr><th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (เริ่มตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test ปีงบประมาณ 2565)</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>78.14</td></tr><tr><td>สตรี 30-60 ปีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ผิดปกติได้รับการส่งกล้อง</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>10.14</td></tr></table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (เริ่มตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test ปีงบประมาณ 2565)	ร้อยละ	-	-	78.14	สตรี 30-60 ปีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ผิดปกติได้รับการส่งกล้อง	ร้อยละ	-	-	10.14						
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																				
	2563	2564		2565																				
สตรี 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (เริ่มตรวจด้วยวิธี HPV DNA Test ปีงบประมาณ 2565)	ร้อยละ	-	-	78.14																				
สตรี 30-60 ปีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ผิดปกติได้รับการส่งกล้อง	ร้อยละ	-	-	10.14																				

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test	ร้อยละ	6.24	77.91	57.58
ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจ Fit Test Positive ได้รับการส่งกล้อง	ร้อยละ	0	7.02	10.96

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565						
การคัดกรองมะเร็งเต้านม						
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน BSE (คน)	ร้อยละ	ผลงาน CBE (คน)	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	33,825	30,986	91.61	31,080	91.88
2	ท่าบ่อ	18,173	15,812	87.01	15,842	87.17
3	โพนพิสัย	20,796	17,832	85.75	19,171	92.19
4	ศรีเชียงใหม่	5,155	4,265	82.74	4,673	90.65
5	สังคม	6,131	5,533	90.25	5,562	90.72
6	สระใคร	5,480	2,183	39.84	2,313	42.21
7	เผ่าไร่	9,066	7,097	78.28	7,166	79.04
8	รัตนวาปี	7,891	6,633	84.06	6,991	88.59
9	โพธิ์ตาก	3,177	2,182	68.68	2,482	78.12
รวม		109,694	92,523	84.35	95,280	86.86

การบันทึกการตรวจเต้านมตนเองใน App BSE				
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	3,417	5,126	100
2	ท่าบ่อ	1,942	706	36.35
3	โพนพิสัย	2,076	3,880	100
4	ศรีเชียงใหม่	495	755	100
5	สังคม	598	305	51
6	สระใคร	525	998	100
7	เผ่าไร่	855	2,879	100
8	รัตนวาปี	739	983	100
9	โพธิ์ตาก	292	398	100
รวม		10,939	16,030	100

2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก										
ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ	ผลตรวจผิดปกติ (คน)	Positive Type 16,18 (คน)	Positive Type Non 16,18 (คน)	LBC ≥Ascus (คน)	ส่งกล้อง (คน)	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	5,340	5,153	96.49	67	54	173	13	18	26.86
2	ท่าบ่อ	2,813	3,063	108.88	52	37	103	15	1	1.92
3	โพนพิสัย	3,369	3,820	113.38	71	57	162	14	4	5.63
4	ศรีเชียงใหม่	786	510	64.88	16	13	27	3	2	15.38
5	สังคม	1,008	838	83.13	14	10	27	4	0	0.00
6	สระใคร	888	512	57.65	12	11	21	1	0	0.00
7	เผ่าไร่	1,427	1,330	93.20	23	10	53	13	0	0.00
8	รัตนวาปี	1,259	613	48.68	14	12	23	2	0	0.00
9	โพธิ์ตาก	497	369	74.24	7	3	17	4	3	42.85
รวม		20,742	16,208	78.14	276	207	606	69	28	10.14

	3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง										
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย (คน)	ตรวจ Fit test (คน)	ร้อยละ	ผลตรวจ Fit test บวก (คน)	ร้อยละ	ส่งกล้อง (คน)	ร้อยละ	ผิดปกติ (คน)	มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ (คน)
	1	เมืองหนองคาย	3,537	2,853	80.66	282	9.88	86	30.49	23	1
	2	ท่าบ่อ	2,034	1,989	97.78	378	19.00	24	6.35	0	0
	3	โพนพิสัย	1,557	198	12.71	4	2.02	1	25	0	1
	4	ศรีเชียงใหม่	705	590	83.68	80	13.55	0	0	0	0
	5	สังคม	522	530	100	67	12.64	1	1.49	0	0
	6	สระใคร	545	168	30.82	36	21.42	0	0	0	0
	7	เผ่าไร่	1,029	457	44.41	22	4.81	1	4.55	0	0
	8	รัตนวาปี	768	619	80.59	25	4.03	0	0	0	0
	9	โพธิ์ตาก	340	80	23.52	0	0.00	0	0	0	0
	10	NA	1,532	-	-	-	-	-	-	-	-
	รวม		12,996	7,484	57.58	894	11.94	113	12.63	23	2

เอกสารอ้างอิง	1. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. App BSE 3. โปรแกรม HPV cxs2020 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
---------------	---	--

ผู้รับผิดชอบ	1. นางสาวพรรณทิราพร รัฐธีรสุวรรณ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	โทร. 080-2631440 โทร. 042 413345 ต่อ 105
	2. นางศิริพร มณี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	โทร. 093-9797082 โทร. 042 413345 ต่อ 105
	3. นางณิชา ตั้งพรชูพงศ์ โรงพยาบาลหนองคาย	โทร. 097-3024137 โทร. 042 413456-65

ตัวชี้วัดที่ 36/34/-	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr ร้อยละ 66		
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	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566		
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr ร้อยละ 66		
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	(A1/B1) × 100		
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละ
	1	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m ² /yr	< ร้อยละ 60
	2		≥ ร้อยละ 60
	3		≥ ร้อยละ 62
	4		≥ ร้อยละ 64
	5		≥ ร้อยละ 66

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
				2563	2564	2565																																																												
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr		ร้อยละ	61.71	62.87	62.88																																																												
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565																																																																		
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>2,002</td><td>1,296</td><td>64.74</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>1,588</td><td>941</td><td>59.26</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>823</td><td>506</td><td>61.48</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>465</td><td>271</td><td>58.28</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>398</td><td>264</td><td>66.33</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>358</td><td>245</td><td>68.44</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>127</td><td>80</td><td>62.99</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>507</td><td>312</td><td>61.54</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>257</td><td>188</td><td>73.15</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2">รวม</td><td>6,525</td><td>4,103</td><td>62.88</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	2,002	1,296	64.74	2	ท่าบ่อ	1,588	941	59.26	3	โพนพิสัย	823	506	61.48	4	ศรีเชียงใหม่	465	271	58.28	5	สังคม	398	264	66.33	6	สระใคร	358	245	68.44	7	เผ่าไร่	127	80	62.99	8	รัตนวาปี	507	312	61.54	9	โพธิ์ตาก	257	188	73.15	10	พิสัยเวหา	0	0	0	รวม		6,525	4,103	62.88
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																														
1	หนองคาย	2,002	1,296	64.74																																																														
2	ท่าบ่อ	1,588	941	59.26																																																														
3	โพนพิสัย	823	506	61.48																																																														
4	ศรีเชียงใหม่	465	271	58.28																																																														
5	สังคม	398	264	66.33																																																														
6	สระใคร	358	245	68.44																																																														
7	เผ่าไร่	127	80	62.99																																																														
8	รัตนวาปี	507	312	61.54																																																														
9	โพธิ์ตาก	257	188	73.15																																																														
10	พิสัยเวหา	0	0	0																																																														
รวม		6,525	4,103	62.88																																																														
เอกสารอ้างอิง	รายงาน HDC																																																																	
ผู้รับผิดชอบ	นางจุฬารัตน์ ทวีทรัพย์			โทร.062 9794966																																																														
	กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 042 413354 ต่อ 105																																																														

ตัวชี้วัดที่ 37/35/-	ร้อยละ 95 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน																
หน่วยวัด	ร้อยละ																
น้ำหนัก	ร้อยละ																
คำอธิบาย	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึงโรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับสายตาแย่กว่า 20/400																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)																
เป้าหมาย	ร้อยละ 95																
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 2020 แพ้ม/HDC/ประเมิน/สำรวจ																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 :ตุลาคม 2565-กรกฎาคม 2566																
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน																
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย																
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100																
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75</td></tr><tr><td>2</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80</td></tr><tr><td>3</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85</td></tr><tr><td>4</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90</td></tr><tr><td>5</td><td>ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 95</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75	2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80	3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85	4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90	5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 95
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 75																
2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 80																
3	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 85																
4	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 90																
5	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันร้อยละ 95																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ													
				2561	2562	2563	2564	2565									
	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน		ร้อยละ	98.52	99.54	99.37	99.49	99.86									
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565																
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน		ร้อยละ											
1	หนองคาย	360	359		99.72												
2	ท่าบ่อ	351	351		100												
	รวม	711	710		99.86												
ข้อมูลจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand 6 ก.ย. 2565																	
เอกสารอ้างอิง	Vision2020 thailand																
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวสุริรัตน์ จันทร์หล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกตรวจตา รพ.หนองคาย			โทร. 088-5607460 e-mail : pockysrr@gmail.com โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 126													
	พ.จ.ท.ประดิษฐ์ สารรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.หนองคาย			โทร. 081-9778442 e-mail : praditsarat@gmail.com โทร. 0 4246 5067-70 ต่อ 123													

ตัวชี้วัดที่ 38/36/-	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับเขตสุขภาพที่ 8 $\geq 0.39 : 100$)												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	- ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ.จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี 2566 ให้ตั้งค่าเพิ่มขึ้นจากผลงานปี 2562 เท่ากับ 20 % เนื่องจากสถานการณ์โควิด) หมายเหตุ : ไม่ควรใช้จำนวนการปลูกถ่ายไตตั้งเช่นที่ผ่านมาในการขับเคลื่อน เนื่องจากการปลูกถ่ายไตและอวัยวะอื่นๆ ส่วนใหญ่ทำใน รพ.มหาวิทยาลัย และในแต่ละเขตและจังหวัดมีศักยภาพในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันมาก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนด้วยการติดตามจำนวน organ donation จากผู้ป่วยสมองตาย โดย จำนวน organ donation จะส่งผลต่อจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะในระดับประเทศโดยตรง เพราะอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายจะถูกจัดสรรให้กับศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A, S และ M1 ทั่วประเทศ (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)												
เป้าหมาย	0.4 : 100												
วิธีการประเมิน	โปรแกรม 43 แฟ้ม HDC/ประเมิน												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565– มีนาคม 2566 รอบที่ 2 : เมษายน 2566– กันยายน 2566												
ระดับจังหวัด	รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual donor) ปีงบประมาณ 2566												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ 2566												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัดระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.08 : 100</td></tr><tr><td>2</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.16 : 100</td></tr><tr><td>3</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.24 : 100</td></tr><tr><td>4</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.32 : 100</td></tr><tr><td>5</td><td>อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4 : 100</td></tr></table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.08 : 100	2	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.16 : 100	3	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.24 : 100	4	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.32 : 100	5	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4 : 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.08 : 100												
2	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.16 : 100												
3	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.24 : 100												
4	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.32 : 100												
5	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 0.4 : 100												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ				
				2561	2562	2563	2564	2565(11)
	อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตายต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล		1:100 (Organ)	0 (0/484)	0.19 (1/527)	0.19 (1/519)	0.19 (1/537)	0.33 (2/606)
			1.5:100 (กระจกตา)	0.62 (3/484)	0.19 (1/527)	0.19 (1/519)	0.56 (3/537)	0.50 (3/606)
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565								
ลำดับ		คปสอ.	เป้าหมาย	จำนวน		ร้อยละ		
				คน	อวัยวะ/กระจกตา	(คน)		
1) Organ		หนองคาย	606	2	ไต (4 ชิ้น)	0.33		
		ท่าบ่อ	NA	NA	NA	-		
		รวม	606	2	-	0.33		
2) กระจกตา		หนองคาย	606	3	กระจกตา (5 ข้าง)	0.50		
		ท่าบ่อ	NA	NA	NA	-		
		รวม	606	3	-	0.50		
เอกสารอ้างอิง	รายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย							
ผู้รับผิดชอบ	นางปวีณา หาระคุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยหนัก 1 รพ.หนองคาย			โทร. 08 8575 8859 e-mail: paweenakuk6@gmail.com โทร. 042413456-65 ต่อ 618, 619				

ตัวชี้วัดที่ 39/37/-	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 60				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. ดังนี้ - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2 -3 - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6 - ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงาน ข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ				
เป้าหมาย	ร้อยละ 60				
วิธีการประเมิน	- รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) - สถานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึก รายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดยสำนักงาน เลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) กระทรวงสาธารณสุข				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตาม เกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยา ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	Retention Rate ร้อยละ 40			
	2	Retention Rate ร้อยละ 45			
	3	Retention Rate ร้อยละ 50			
	4	Retention Rate ร้อยละ 55			
	5	Retention Rate ร้อยละ 60			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 60	ร้อยละ	93.22	76.70	91.75

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	62	62	100
	2	ท่าบ่อ	44	44	100
	3	โพนพิสัย	40	33	82.5
	4	ศรีเชียงใหม่	9	7	77.78
	5	สังคม	5	4	80
	6	สระใคร	5	4	80
	7	เผ่าไร่	6	5	83.3
	8	รัตนวาปี	5	4	80
	9	โพธิ์ตาก	6	4	66.67
		รวม	182	167	91.75
เอกสารอ้างอิง	1. รายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ			โทร. 089 - 7102475	
	นายจารุเกียรติ หิมรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			โทร. 087 - 9543279	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			โทร. 0 4242 923 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 40/38/-	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน										
หน่วยวัด	ร้อยละ										
น้ำหนัก	ร้อยละ										
คำอธิบาย	การบริหารสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลางใน รพ. ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) *ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1 Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆ 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 ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ 3. ควรใช้ Barthel ADL index รายงานผลเพิ่มเติม เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คำย่อ</th><th>คำเต็ม</th><th>คำอธิบาย</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BI</td><td>Barthel ADL index</td><td>แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20</td></tr> <tr> <td>IMC</td><td>Intermediate care</td><td>การบริหารสภาพระยะกลาง</td></tr> </tbody> </table>		คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย	BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20	IMC	Intermediate care	การบริหารสภาพระยะกลาง
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย									
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20									
IMC	Intermediate care	การบริหารสภาพระยะกลาง									

	IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อ การบำบัดรักษา
	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
	-	Fragility hip fracture	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตราย ชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip 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	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขกำหนดไว้
	S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขกำหนดไว้
	M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขกำหนดไว้
	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
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด 2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะ กระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip fracture) 3. โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย รวม 9 แห่ง		
เป้าหมาย	ร้อยละ 75		
วิธีการประเมิน	รายงานตามฐานข้อมูลการดูแลระยะกลาง		
ระยะเวลา ประเมินผล	รอบที่ 1 :ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2: ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566		
ระดับจังหวัด/ คปสอ.	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตาม จนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน		

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือน้อยกว่า Barthel index = 20																																																																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง																																																																
หมายเหตุ	<u>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</u> 1. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้าน หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง 2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่วันที่ กันยายน 2565 - ตุลาคม 2566 3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล 4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ																																																																
สูตรคำนวณ	A/B x 100																																																																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td rowspan="5">ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน</td><td>≥55</td></tr><tr><td>2</td><td>≥60</td></tr><tr><td>3</td><td>≥65</td></tr><tr><td>4</td><td>≥70</td></tr><tr><td>5</td><td>≥75</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละ	1	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥55	2	≥60	3	≥65	4	≥70	5	≥75																																														
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละ																																																															
1	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥55																																																															
2		≥60																																																															
3		≥65																																																															
4		≥70																																																															
5		≥75																																																															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td></tr><tr><td>ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน</td><td>ร้อยละ</td><td>56.47</td><td>77.86</td><td>80.34</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ	56.47	77.86	80.34																																															
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																															
		2563	2564	2565																																																													
ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ	56.47	77.86	80.34																																																													
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 <table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>236</td><td>190</td><td>80.51</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>65</td><td>43</td><td>66.15</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>57</td><td>44</td><td>77.19</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>22</td><td>21</td><td>95.45</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>13</td><td>13</td><td>100</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>27</td><td>23</td><td>85.19</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>52</td><td>38</td><td>73.08</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>38</td><td>37</td><td>97.37</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>19</td><td>16</td><td>84.21</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>5</td><td>4</td><td>80</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>534</td><td>429</td><td>8.34</td></tr></table>					ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	236	190	80.51	2	ท่าบ่อ	65	43	66.15	3	โพนพิสัย	57	44	77.19	4	ศรีเชียงใหม่	22	21	95.45	5	สังคม	13	13	100	6	สระใคร	27	23	85.19	7	เผ่าไร่	52	38	73.08	8	รัตนวาปี	38	37	97.37	9	โพธิ์ตาก	19	16	84.21	10	พิสัยเวหา	5	4	80		รวม	534	429	8.34
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																													
1	หนองคาย	236	190	80.51																																																													
2	ท่าบ่อ	65	43	66.15																																																													
3	โพนพิสัย	57	44	77.19																																																													
4	ศรีเชียงใหม่	22	21	95.45																																																													
5	สังคม	13	13	100																																																													
6	สระใคร	27	23	85.19																																																													
7	เผ่าไร่	52	38	73.08																																																													
8	รัตนวาปี	38	37	97.37																																																													
9	โพธิ์ตาก	19	16	84.21																																																													
10	พิสัยเวหา	5	4	80																																																													
	รวม	534	429	8.34																																																													
เอกสารอ้างอิง	1. การถอดบทเรียนการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันในประเทศไทย, NIH, 2. Intermediate Care System NHS UK, 3. British Geriatrics Society 4. รายงานภาวะโรค IHPP 2556, 5. HDC																																																																

ผู้รับผิดชอบ	นางวันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ นายสุภาวุฒิ ทองท่ามา นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ นางสาวปรานต์ศศิ อินทรวีเชียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โทร.0869360708 e-mail: wanrattha@gmail.com โทร.0942844756 e-mail: supawut.thongtamma@hotmail.com โทร.0884561515 e-mail: pransasi1234@gmail.com
	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหนองคาย	โทร.042413456-65 ต่อ 172
	นางอุไรรัตน์ ศรีสม นายสมพร เจือจันทิก	โทร.0885713729 โทร.0895711175
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.หนองคาย	โทร. 042422923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 41	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการ ODS/MIS				
41.1/39.1/-	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 30				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำ หัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามเอกสารแนบ One Day Surgery				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery หมายเหตุ : ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน ODS จากกรมการแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)				
เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery≥ร้อยละ 30				
วิธีการประเมิน	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100 *หมายเหตุ การคำนวณต่างจากปีที่ ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ A = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery B = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด X 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพ.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 10			
	2	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 15			
	3	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 20			
	4	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 25			
	5	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ร้อยละ 30			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ	14.95 (214/32)	26.63 (383/102)	38.57 (726/280)

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	762	280	38.57
	2	ท่าบ่อ	NA	NA	NA
		รวม	762	280	38.57
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)				
ผู้รับผิดชอบ	นายขวัญชาย กิติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ นายอัษฎายุธ นันทา นายแพทย์ชำนาญการ นางสมนา สกุลคู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ		โทร.0897155494 e-mail: Jomednu@gmail.com โทร. 0946107711 e-mail : aorfeeus@gmail.com โทร. 08 9944 8697 e-mail : Somana44@hotmail.com		
	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร.0 4241 3456-65 ต่อ 414		

ตัวชี้วัดที่ 41	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการ ODS/MIS
41.2/39.2/-	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) <ร้อยละ 5
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า 1 แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวิดีโอที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแบบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามเอกสารแนบ Minimally Invasive Surgery 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	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) หมายเหตุ : ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์ (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)
เป้าหมายระดับ จังหวัด/ระดับ คปสอ.	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) <ร้อยละ 5
วิธีการประเมิน	วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566
ระดับจังหวัด/คปสอ.	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) <ร้อยละ 5
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย/ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 9				
	2	ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 8				
	3	ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 7				
	4	ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 6				
	5	ร้อยละของการ Re-admit ≤ร้อยละ 5				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือ ถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)		ร้อยละ	NA	0 (0/1,027)	0 (0/285)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565					
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เอกสารอ้างอิง	1. คู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563					
	2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)					
	นายขวัญชัย กิติรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการ นายอัษฎายุธ นันทา นายแพทย์ชำนาญการ นางสมนา สกุลคู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ		โทร.0897155494 e-mail: Jomednu@gmail.com โทร. 0946107711 e-mail : aorfeeus@gmail.com โทร. 08 9944 8697 e-mail : Somana44@hotmail.com			
	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย		โทร.0 4241 3456-65 ต่อ 414			

ตัวชี้วัดที่ 42/40/-	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ระดับพื้นฐานขึ้นไป 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ 3) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น 2. จำนวนงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด 3. จำนวนการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด										
หน่วยวัด	ร้อยละ										
น้ำหนัก	ร้อยละ										
คำอธิบาย	1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ 2. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การจัดบริการตามมาตรฐานการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนี้ 2.1 มีการจัดบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ โดยผลการประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท. ผลคะแนนที่ได้ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 2.2 มีการจัดบริการตามมาตรฐานการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ ผลคะแนนที่ได้ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ <table border="0"> <tr> <td>คะแนนน้อยกว่า 60%</td> <td>หมายถึง ไม่ได้มาตรฐาน</td> </tr> <tr> <td>คะแนน 60 – 69.99%</td> <td>หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับพื้นฐาน</td> </tr> <tr> <td>คะแนน 70 – 79.99%</td> <td>หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดี</td> </tr> <tr> <td>คะแนน 80 – 89.99%</td> <td>หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีมาก</td> </tr> <tr> <td>คะแนน 90 – 100%</td> <td>หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม</td> </tr> </table> 3. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน 4. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ และบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ โดยได้รับอนุญาตตามกฎหมาย 5. ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา 6. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณิแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณิแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5) 7. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการ บริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ 8. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษาดูงาน, เวทีเสวนา, การจัดอบรม, งานประจำสู่งานวิจัย (R2R) หรือ การนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการด้านกัญชาทางการแพทย์	คะแนนน้อยกว่า 60%	หมายถึง ไม่ได้มาตรฐาน	คะแนน 60 – 69.99%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับพื้นฐาน	คะแนน 70 – 79.99%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดี	คะแนน 80 – 89.99%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีมาก	คะแนน 90 – 100%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม
คะแนนน้อยกว่า 60%	หมายถึง ไม่ได้มาตรฐาน										
คะแนน 60 – 69.99%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับพื้นฐาน										
คะแนน 70 – 79.99%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดี										
คะแนน 80 – 89.99%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีมาก										
คะแนน 90 – 100%	หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง (รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง (รพ.โพนพิสัย, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สังคม, รพ.สระใคร, รพ.เผ้าไร่, รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก)										

เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป จำนวน 7 แห่ง ระดับ จังหวัด : งานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด จำนวน 1 เรื่อง ระดับ จังหวัด : การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด จำนวน 2 ครั้ง ระดับ คปสอ.: หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป												
วิธีการประเมิน	1. ทะเบียน/รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ โรงพยาบาล 2. รวบรวมรายงานจากระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 3. การจัดการบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ. สส.พท.) และการจัดการบริการตามมาตรฐานการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล 4. ทะเบียน/รายงานผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ของ โรงพยาบาล 5. รายงานระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด	โรงพยาบาลที่มีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป จำนวน 7 แห่ง												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 3 แห่ง</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 4 แห่ง</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 5 แห่ง</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 6 แห่ง</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 7 แห่ง</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 3 แห่ง	2	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 4 แห่ง	3	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 5 แห่ง	4	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 6 แห่ง	5	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 7 แห่ง
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 3 แห่ง												
2	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 4 แห่ง												
3	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 5 แห่ง												
4	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 6 แห่ง												
5	หน่วยบริการมีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ระดับคะแนน 4 ขึ้นไป) จำนวน 7 แห่ง												
ระดับจังหวัด	งานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยงานมีแผนงาน/กิจกรรมการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยงานมีการดำเนินงานพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยงานมีการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ตามระเบียบวิธีวิจัย 3 บท</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยงานมีการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ตามระเบียบวิธีวิจัย 5 บท</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานมีการนำเสนอผลงานและเผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการระดับจังหวัด เขต ประเทศ</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานมีแผนงาน/กิจกรรมการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์	2	หน่วยงานมีการดำเนินงานพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์	3	หน่วยงานมีการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ตามระเบียบวิธีวิจัย 3 บท	4	หน่วยงานมีการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ตามระเบียบวิธีวิจัย 5 บท	5	หน่วยงานมีการนำเสนอผลงานและเผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการระดับจังหวัด เขต ประเทศ
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยงานมีแผนงาน/กิจกรรมการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์												
2	หน่วยงานมีการดำเนินงานพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์												
3	หน่วยงานมีการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ตามระเบียบวิธีวิจัย 3 บท												
4	หน่วยงานมีการพัฒนางานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ตามระเบียบวิธีวิจัย 5 บท												
5	หน่วยงานมีการนำเสนอผลงานและเผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการระดับจังหวัด เขต ประเทศ												
ระดับจังหวัด	การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด												
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>หน่วยงานมีการรวบรวมองค์ความรู้การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์</td></tr> <tr> <td>2</td><td>หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ/ถ่ายทอดองค์ความรู้การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์</td></tr> <tr> <td>3</td><td>หน่วยมีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์</td></tr> <tr> <td>4</td><td>หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมนำเสนอ/เผยแพร่ให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง</td></tr> <tr> <td>5</td><td>หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมนำเสนอ/เผยแพร่ให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 2 ครั้ง</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หน่วยงานมีการรวบรวมองค์ความรู้การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	2	หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ/ถ่ายทอดองค์ความรู้การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	3	หน่วยมีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	4	หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมนำเสนอ/เผยแพร่ให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง	5	หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมนำเสนอ/เผยแพร่ให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 2 ครั้ง
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	หน่วยงานมีการรวบรวมองค์ความรู้การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์												
2	หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ/ถ่ายทอดองค์ความรู้การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์												
3	หน่วยมีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์												
4	หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมนำเสนอ/เผยแพร่ให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง												
5	หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมนำเสนอ/เผยแพร่ให้ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 2 ครั้ง												

ระดับ คปสอ.	หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ผลรวมคะแนนทั้ง 3 ข้อ)	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยบริการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีผลรวมคะแนนทั้ง 3 ข้อ ≥ 3 คะแนน
	2	หน่วยบริการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีผลรวมคะแนนทั้ง 3 ข้อ ≥ 6 คะแนน
	3	หน่วยบริการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีผลรวมคะแนนทั้ง 3 ข้อ ≥ 9 คะแนน
	4	หน่วยบริการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีผลรวมคะแนนทั้ง 3 ข้อ ≥ 12 คะแนน
	5	หน่วยบริการมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีผลรวมคะแนนทั้ง 3 ข้อเต็ม 15 คะแนน
ระดับ คปสอ.	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน	
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมคะแนนที่ได้แต่ละด้าน	
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็มทั้งหมด (100 คะแนน)	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ไม่ได้มาตรฐาน (น้อยกว่า 60%)
	2	โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน (60-69.99%)
	3	โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านเกณฑ์ระดับดี (70-79.99%)
	4	โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (80-89.99%)
	5	โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (90-100%)
ระดับ คปสอ.	2) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50	
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 (คน)	
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564 (คน)	
สูตรคำนวณ	$((A-B)/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
	2	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20
	3	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30
	4	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 40
	5	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50
ระดับ คปสอ.	3) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (คน)	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) (คน)	
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 1
	2	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 2
	3	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 3
	4	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 4
	5	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ	33.33	100	100
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ	N/A	N/A	100
ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์	ร้อยละ	N/A	N/A	225.25
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรทางการแพทย์	ร้อยละ	N/A	N/A	9.8
จำนวนงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ในหน่วยงาน	เรื่อง	N/A	N/A	N/A
จำนวนการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ในหน่วยงาน	ครั้ง	N/A	N/A	N/A

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565

จำนวน รพ./รพ.สต. ที่จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย จังหวัดหนองคาย

ลำดับ	รพ./รพ.สต.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	เมืองหนองคาย	4	4	100
2	ท่าบ่อ	2	2	100
3	โพนพิสัย	3	3	100
4	ศรีเชียงใหม่	1	1	100
5	สังคม	1	1	100
6	สระใคร	2	2	100
7	เผ่าไร่	5	5	100
8	รัตนวาปี	2	2	100
9	โพธิ์ตาก	1	1	100
	รวม	21	21	100

จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	รพ.หนองคาย	1	1	100
2	รพ.ท่าบ่อ	1	1	100
3	รพ.โพนพิสัย	1	1	100
4	รพ.ศรีเชียงใหม่	1	1	100
5	รพ.สังคม	1	1	100
6	รพ.สระใคร	1	1	100
7	รพ.เผ่าไร่	1	1	100
8	รพ.รัตนวาปี	1	1	100
9	รพ.โพธิ์ตาก	1	1	100
	รวม	9	9	100

ผลการประเมินมาตรฐานการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในระดับโรงพยาบาล					
ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
1	รพ.หนองคาย	100	95	95	
2	รพ.ร.ท่าบ่อ	100	95	95	
3	รพ. โพนพิสัย	100	100	100	
4	รพ. ศรีเชียงใหม่	100	100	100	
5	รพ. สังกม	100	100	100	
6	รพ. สระใคร	100	90	90	
7	รพ. เฝ้าไร่	100	90	90	
8	รพ. รัตนวาปี	100	90	90	
9	รพ. โพธิ์ตาก	100	90	90	

ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50					
ลำดับ	โรงพยาบาล	ผลงาน ปี 64 (คน)	ผลงาน ปี 65 (คน)	ผลงานเพิ่มขึ้น ปี 65 (คน)	ร้อยละ
1	รพ. หนองคาย	77	344	267	346.75
2	รพ.ร. ท่าบ่อ	84	142	58	69.05
3	รพ. โพนพิสัย	67	65	-2	-2.99
4	รพ. ศรีเชียงใหม่	7	55	48	685.71
5	รพ. สังกม	45	139	94	208.89
6	รพ. สระใคร	0	29	29	N/A
7	รพ. เฝ้าไร่	0	16	16	N/A
8	รพ. รัตนวาปี	6	58	52	866.67
9	รพ. โพธิ์ตาก	2	59	57	2,850.00
	รวม	288	907	619	214.93

ที่มา: รายงานโปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5					
ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
1	รพ. หนองคาย	201	26	12.94	
2	รพ.ร. ท่าบ่อ	162	8	4.94	
3	รพ. โพนพิสัย	231	9	3.90	
4	รพ. ศรีเชียงใหม่	38	4	10.53	
5	รพ. สังกม	82	19	23.17	
6	รพ. สระใคร	43	8	18.60	
7	รพ. เฝ้าไร่	51	2	3.92	
8	รพ. รัตนวาปี	76	9	11.84	
9	รพ. โพธิ์ตาก	33	5	15.15	
	รวม	917	90	9.81	

ที่มา: รายงานโปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

	งานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด (ปี 2565 ยังไม่ได้ประเมิน)				
	ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	รพ.หนองคาย	1	0	N/A
	2	รพ.ท่าบ่อ	1	0	N/A
	3	รพ.โพนพิสัย	1	0	N/A
	4	รพ.ศรีเชียงใหม่	1	0	N/A
	5	รพ.สังคม	1	0	N/A
	6	รพ.สระใคร	1	0	N/A
	7	รพ.เผ้าไร่	1	0	N/A
	8	รพ.รัตนวาปี	1	0	N/A
	9	รพ.โพธิ์ตาก	1	0	N/A
		รวม			N/A
	การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด (ปี 2565 ยังไม่ได้ประเมิน)				
	ลำดับ	โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	รพ.หนองคาย	2	0	N/A
	2	รพ.ท่าบ่อ	2	0	N/A
	3	รพ.โพนพิสัย	2	0	N/A
	4	รพ.ศรีเชียงใหม่	2	0	N/A
	5	รพ.สังคม	2	0	N/A
	6	รพ.สระใคร	2	0	N/A
	7	รพ.เผ้าไร่	2	0	N/A
	8	รพ.รัตนวาปี	2	0	N/A
	9	รพ.โพธิ์ตาก	2	0	N/A
		รวม			N/A
เอกสารอ้างอิง	- คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การใช้สมุนไพรกัญชาและกัญชงทางการแพทย์ จังหวัดหนองคาย - แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ - การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน - แผนการบริหารจัดการยาเสพติดกัญชามาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา อ.เดชาระดับจังหวัดเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพร WHO GMP - แผนการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ - แผนการทำงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ - แผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ - บันทึกประวัติผู้ป่วย - มีระบบส่งต่อผู้ป่วย รายงานอาการข้างเคียง ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - ระบบสารสนเทศ รายงานโปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				

	12. คู่มือแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Guideline/CPG) 13. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) แบบบูรณาการ 14. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สต.พท.) 15. ภาพกิจกรรม	
ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบหลัก 1. นางสาวจรัสศรี อาจศิริ โทร. 081-5447472 2. นางสาวจรัสศรี บุญคงทอง โทร. 085-2172338 3. นางสาววรรณิตา โปตะวัฒน์ โทร. 061-1209544 4. นายนราธิป วิเวกเพลิน โทร. 087-2347766	
	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 1438 ต่อ 109
	ผู้สนับสนุน 5. นายพิชิต บุตรสิงห์ โทร. 081-8716690 6. นายสมภพ ดวงแก้ว โทร. 081-5453714 7. นางสาวกนกวรรณ โฉมสูงเนิน โทร. 084-7422057 8. นางโสภิญา พันผิน โทร. 062-1547426 กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.หนองคาย โทร. 0 4241 3456 ต่อ 109	

ตัวชี้วัดที่ 43	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ													
43.1/41.1/-	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10													
หน่วยวัด	ระดับจังหวัด : ร้อยละ ระดับ คปสอ. : ขึ้นตอน													
น้ำหนัก	ร้อยละ													
คำอธิบาย	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I20-I25) , สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D0 ทั้งหมด) , สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V01-Y98) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเทียบกับวันเกิดเพิ่ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น 1. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ 2. ความสนใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ , สาขามะเร็ง ,สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด)													
วิธีการประเมิน	โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข													
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566													
ระดับจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2565													
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2566													
สูตรคำนวณ	(A-B)/A x 100													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<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>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 2	2	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 4	3	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 6	4	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 8	5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 10
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 2													
2	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 4													
3	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 6													
4	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 8													
5	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ≥ 10													
ระดับ คปสอ.														
รายการข้อมูล 1	A : ขั้นตอนการดำเนินงาน													
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	<table><tr><th>ขั้นตอน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>มีคณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัด-อำเภอ (ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสจ.) ระดับจังหวัด/อำเภอ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ)</td></tr><tr><td>2</td><td>มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย สาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา</td></tr><tr><td>3</td><td>มีการวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อของพื้นที่ (มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ</td></tr><tr><td>4</td><td>มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด</td></tr><tr><td>5</td><td>สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอ</td></tr></table>		ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีคณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัด-อำเภอ (ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสจ.) ระดับจังหวัด/อำเภอ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ)	2	มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย สาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา	3	มีการวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อของพื้นที่ (มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ	4	มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด	5	สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอ
ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	มีคณะกรรมการส่งต่อระดับจังหวัด-อำเภอ (ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสจ.) ระดับจังหวัด/อำเภอ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ)													
2	มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย สาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา													
3	มีการวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อของพื้นที่ (มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/อำเภอที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ													
4	มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด													
5	สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/อำเภอ													

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
			2562	2563	2564	2565
	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10	ร้อยละ/อัตรา	เพิ่มขึ้น 6.06%	ลดลง 6.88%	ลดลง 21.55%	ลดลง 15..97%

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-22 ก.ย.65 HDC)

การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ 4 สาขาหลัก	รวม(คน)		ร้อยละ (A-B)/A x 100
	รวมปี 2564 (A)	รวมปี2565 (B)	
สาขาโรคหัวใจ	55	44	ลดลงร้อยละ 20.00
สาขาโรคมะเร็ง	231	203	ลดลงร้อยละ 12.12
สาขาการบาดเจ็บและฉุกเฉิน	21	12	ลดลงร้อยละ 42.86
สาขาทารกแรกเกิด	6	4	ลดลงร้อยละ 33.33
รวม	313	263	ลดลงร้อยละ 15.97

ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย(A)	ผลงาน(B)	ร้อยละ(A-B)/A * 100
1	หนองคาย	134	104	22.39
2	ท่าบ่อ	24	25	-4.17
3	โพนพิสัย	23	14	39.13
4	ศรีเชียงใหม่	6	5	16.67
5	สังคม	106	90	15.09
6	สระใคร	0	0	คงเดิม
7	เผ่าไร่	14	20	-42.86
8	รัตนวาปี	6	2	66.67
9	โพธิ์ตาก	0	3	100.00
10	พิสัยเวหา	0	0	คงเดิม
	รวม	313	263	15.97

เอกสารอ้างอิง

แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ

1. นางสาวเนียง จันทร์รัตน์ รพ.หนองคาย

2. นางกาญจนา คงเผ่าพงษ์ สสจ.หนองคาย

ศูนย์ส่งต่อรพ.หนองคาย/กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร. 086-7153-941

โทร.099-5760-280

โทร. 0 4242 923

โทร. 0 4242 923 ต่อ 120

ตัวชี้วัดที่ 43	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ				
43.2/41.2/-	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-Trauma<12%)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
น้ำหนัก	ร้อยละ				
คำอธิบาย	- ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับ การคัดแยกเป็น Triage Level 1 - การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1, 2) รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ				
เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 12				
วิธีการประเมิน	ข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 (จากรายงาน ER ECS จังหวัด /43 แฟ้ม HDC)				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				
ระดับจังหวัด/ ระดับ คปสอ.	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 16			
	2	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 15			
	3	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 14			
	4	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 13			
	5	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน	ไม่เกินร้อยละ 12	3.76 % (188/5,004)	3.55 % (172/4,851)	3.39 % (193/5,695)

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	1	หนองคาย	2,666	149	5.58
	2	ท่าบ่อ	885	24	2.71
	3	โพนพิสัย	1132	7	0.62
	4	ศรีเชียงใหม่	97	0	0
	5	สังคม	135	2	1.48
	6	สระใคร	60	1	1.67
	7	เผ่าไร่	351	4	1.14
	8	รัตนวาปี	192	0	0
	9	โพธิ์ตาก	53	2	3.77
	10	พิสัยเวหา	124	4	3.23
		รวม	5695	193	3.39
เอกสารอ้างอิง					
ผู้รับผิดชอบ	1. พญ.กนกวรรณ ไชยเรศ นายแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินชำนาญการ			โทรศัพท์ : 0833615872 e-mail :-	
	2. นางสาวเนียง จันทร์รัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com	
	3. นางนพรัตน์ สุวรรณสินธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์ : 088-5635828 e-mail :-	
	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรพ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661	
	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	
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 923 ต่อ 105	

ตัวชี้วัดที่ 43	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ												
43.3/41.3/-	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือท าให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย												
เป้าหมาย	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26												
วิธีการประเมิน	1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูล 3. จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ Health KPI												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)												
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน < ร้อยละ 11</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 11</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 16</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 21</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 26</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน < ร้อยละ 11	2	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 11	3	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 16	4	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 21	5	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 26
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน < ร้อยละ 11												
2	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 11												
3	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 16												
4	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 21												
5	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน $\geq$ ร้อยละ 26												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
				2563	2564	2565																																																												
	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26		ร้อยละ	26.65% (581/2,456)	33.51% (842/2,513)	31.55% (1797/5,695)																																																												
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565																																																																		
<table><tr><td>ลำดับ</td><td>คปสอ.</td><td>เป้าหมาย</td><td>ผลงาน</td><td>ร้อยละ</td></tr><tr><td>1</td><td>หนองคาย</td><td>2,666</td><td>756</td><td>28.36</td></tr><tr><td>2</td><td>ท่าบ่อ</td><td>885</td><td>429</td><td>48.47</td></tr><tr><td>3</td><td>โพนพิสัย</td><td>1132</td><td>256</td><td>22.61</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>97</td><td>41</td><td>42.27</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>135</td><td>9</td><td>6.67</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>60</td><td>57</td><td>95</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>351</td><td>124</td><td>35.33</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>192</td><td>34</td><td>17.71</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>53</td><td>25</td><td>47.17</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวหา</td><td>124</td><td>66</td><td>53.23</td></tr><tr><td colspan="2">รวม</td><td>5695</td><td>1797</td><td>31.55</td></tr></table>							ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	2,666	756	28.36	2	ท่าบ่อ	885	429	48.47	3	โพนพิสัย	1132	256	22.61	4	ศรีเชียงใหม่	97	41	42.27	5	สังคม	135	9	6.67	6	สระใคร	60	57	95	7	เผ่าไร่	351	124	35.33	8	รัตนวาปี	192	34	17.71	9	โพธิ์ตาก	53	25	47.17	10	พิสัยเวหา	124	66	53.23	รวม		5695	1797	31.55
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																														
1	หนองคาย	2,666	756	28.36																																																														
2	ท่าบ่อ	885	429	48.47																																																														
3	โพนพิสัย	1132	256	22.61																																																														
4	ศรีเชียงใหม่	97	41	42.27																																																														
5	สังคม	135	9	6.67																																																														
6	สระใคร	60	57	95																																																														
7	เผ่าไร่	351	124	35.33																																																														
8	รัตนวาปี	192	34	17.71																																																														
9	โพธิ์ตาก	53	25	47.17																																																														
10	พิสัยเวหา	124	66	53.23																																																														
รวม		5695	1797	31.55																																																														
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																																																														
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 923 ต่อ 105																																																														
	3. นางนพรัตน์ สุวรรณสินธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			โทรศัพท์ : 088-5635828 e-mail :																																																														
	4. นางสาวเนียง จันทร์รัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ			โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com																																																														
	5. พญ.กนกวรรณ ไชยเรศ นายแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินชำนาญการ			โทรศัพท์ : 0833615872 e-mail :-																																																														
	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรพ.หนองคาย			โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661																																																														

ตัวชี้วัดที่ 43	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ												
43.4/41.4/-	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury)												
หน่วยวัด	อัตรา												
น้ำหนัก	ร้อยละ												
คำอธิบาย	บาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามา กระแทบต่อ ศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลก ศีรษะ และ สมอง กับ เส้นประสาทสมอง (Head injury mean complex mechanical loading to the head and / or the body that cause the injuries to the scalp and skull and brain and cranial nerve) การแบ่ง ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury) โดยใช้ คะแนน Glasgow Coma Score) ดังนี้ การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) GCS = 13-15 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) GCS = 9-12 การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) GCS < 9 (ตามรหัส ICD-10 S06.0-S06.9) ตัวชี้วัดนี้ เฉพาะเฉพาะ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ตามรหัส ICD-10 S06.0 - S06.9 เฉพาะผู้ป่วยใน (IPD) (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม จัดทำโดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยความร่วมมือจากสมาคมประสาท ศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย) ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตาม รหัส ICD-10 (S06.0-S06.9)												
เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <25%												
วิธีการประเมิน	1. จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต 2. เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3. วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566												
ระดับจังหวัด/คปสอ.	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury)												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1												
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <45%</td></tr> <tr> <td>2</td><td>อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <40%</td></tr> <tr> <td>3</td><td>อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <35%</td></tr> <tr> <td>4</td><td>อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <30%</td></tr> <tr> <td>5</td><td>อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <25%</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <45%	2	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <40%	3	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <35%	4	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <30%	5	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <25%
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <45%												
2	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <40%												
3	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <35%												
4	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <30%												
5	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) <25%												
- ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)													

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง(traumatic brain injury)		14.29 (20/140)	19.88 (32/161)	14.29 (19/133)
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565				
เอกสารอ้างอิง	มาตรฐาน 43 เพิ่มกระทรวงสาธารณสุข				
	ผู้รับผิดชอบ				
	1. พญ.กนกวรรณ ไชยเรศ นายแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินชำนาญการ		โทรศัพท์ : 0833615872 e-mail :		
	2. นางสาวเนียง จันทร์รัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ		โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com		
	3. นางนพรัตน์ สุวรรณสินธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		โทรศัพท์ : 088-5635828 e-mail :		
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.หนองคาย		โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661		
	4. นายมนตรี ดิษฐสรัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		โทรศัพท์ : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com		
	5. น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		โทรศัพท์ : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com		
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 923 ต่อ 105		

ตัวชี้วัดที่ 43	ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ
43.5/41.5/-	ร้อยละโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	1. ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน 1.1 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 1.1.1 จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery 1.1.2 กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง (ER Target Time 2-4 ชั่วโมง) 1.2 เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ 2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน 2.1 พัฒนาอาคารสถานที่ 2.1.1 จัดให้มี Double door with access control 2.1.2 จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) 2.1.3 จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room) 2.1.4 จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room) 2.1.5 จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (transport capsule) 2.2 พัฒนาระบบสารสนเทศ 2.2.1 มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) 2.2.2 เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) 2.2.3 ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 (รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ)
เป้าหมาย	ระดับจังหวัด : โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ทั้ง 2 แห่ง ระดับ คปสอ. : โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80
วิธีการประเมิน	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลทั่วไปมีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ 1.1 ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด 1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ

	1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล																
	ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																
	2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลขึ้นไปมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด/เขต																
	2.2 นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																
ระดับจังหวัด	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ (คะแนนร้อยละ 80ขึ้นไป)																
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ																
รายการข้อมูล 2	B : -																
สูตรคำนวณ	A																
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ไม่ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td></tr><tr><td>3</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 1 แห่ง</td></tr><tr><td>5</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 2 แห่ง</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	0	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ไม่ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	3	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 1 แห่ง	5	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 2 แห่ง				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
0	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ไม่ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ																
3	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 1 แห่ง																
5	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 2 แห่ง																
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ. (รพ.หนองคาย และ รพ.ท่าบ่อ)	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>1</td><td>โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 40</td></tr><tr><td>2</td><td>โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 50</td></tr><tr><td>3</td><td>โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 60</td></tr><tr><td>4</td><td>โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 70</td></tr><tr><td>5</td><td>โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80</td></tr></table>					ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 40	2	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 50	3	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 60	4	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 70	5	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																
1	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 40																
2	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 50																
3	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 60																
4	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 70																
5	โรงพยาบาลทั่วไประดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ คะแนนประเมิน $\geq$ ร้อยละ 80																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ													
				2563	2564	2565											
	จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ		ร้อยละ	0 (0/1)	100 (1/1)	100 (1/1)											
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565																
	ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ												
	1	หนองคาย	1	1	100												
	2	ท่าบ่อ	NA	NA	NA												
		รวม	1	1	100												

เอกสารอ้างอิง	แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ในองค์ประกอบห้องฉุกเฉิน	
ผู้รับผิดชอบ	1. พญ.กนกวรรณ ไชยเรศ นายแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินชำนาญการ	โทรศัพท์ : 0833615872 e-mail :
	2. นางสาวเนียง จันทร์รัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ : 086-7153941 e-mail : ab9926@gmail.com
	3. นางนพรัตน์ สุวรรณสินธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โทรศัพท์ : 088-5635828 e-mail :
	กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรพ.หนองคาย	โทร. 0 4241 3456-65 ต่อ 135, 661
	4. นายมนตรี ดิษฐสรัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ : 084-5115654 e-mail : montri.nk@gmail.com
	5. น.ส.ยลจิต บุตรเวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โทรศัพท์ : 089-7102475 e-mail : yoljit17@gmail.com
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สสจ.หนองคาย	โทร. 0 4242 923 ต่อ 105

ตัวชี้วัดที่ 44	ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก
44.1/42.1/18.1	อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายนกลุ่มวัย
คำนิยาม	อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1. หญิงตั้งครรภ์ 2. เด็ก 0-2 ปี 3. เด็ก 3-5 ปี 4. เด็ก 6-12 ปี 5. ผู้มีอายุ 15-59 ปี 6. ผู้สูงอายุ
เกณฑ์เป้าหมาย	1. อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 2. อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 3. อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 4. อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 5. อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 6. อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 7. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
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.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟันโดยทันตบุคลากร เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1 OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และทำความสะอาดช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.
รายการข้อมูล 2	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในปัจุบันประมาณ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1 OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สะสมในปัจุบันประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.

รายการข้อมูล 12	จำนวนผู้มีอายุ 15-59 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.20 OHSP ร้อยละผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B -> จำนวน ผู้มีอายุ 15-59 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.			
รายการข้อมูล 13	จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการทันตกรรม เป็นภาพรวมจังหวัด /คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.23 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมน์ A -> จำนวนผู้สูงอายุ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.			
รายการข้อมูล 14	จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด /คปสอ./รพ.สต. จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.23 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมน์ B -> จำนวนผู้สูงอายุทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด/คปสอ./รพ.สต.			
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	1. อัตรา หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2 x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด/ - ระดับ คป.สอ./ - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละ ANC ได้รับการบริการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	5	15
	2	ร้อยละ ANC ได้รับการบริการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	10	20
	3	ร้อยละ ANC ได้รับการบริการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	15	25
	4	ร้อยละ ANC ได้รับการบริการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	20	30
	5	ร้อยละ ANC ได้รับการบริการตรวจช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	25	35
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	2. อัตรา เด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก รายการข้อมูล 3 / รายการข้อมูล 4 x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด/ - ระดับ คป.สอ./ - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละเด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	5	30
	2	ร้อยละเด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	10	35
	3	ร้อยละเด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	15	40
	4	ร้อยละเด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	20	45
	5	ร้อยละเด็ก 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	25	50
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	3. อัตรา เด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control รายการข้อมูล 5 / รายการข้อมูล 6 x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด/ - ระดับ คป.สอ./ - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control	5	30
	2		10	35
	3		15	40
	4		20	45
	5		25	50

สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	4. เด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ รายการข้อมูล 7 / รายการข้อมูล 8 x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/ คป.สอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	5	30
	2	ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	10	35
	3	ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	15	40
	4	ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	20	45
	5	ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	25	50
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	5. เด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ รายการข้อมูล 8 / รายการข้อมูล 10 x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คป. สอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละเด็ก 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	5	10
	2	ร้อยละเด็ก 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	7.5	15
	3	ร้อยละเด็ก 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	10	20
	4	ร้อยละเด็ก 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	12.5	25
	5	ร้อยละเด็ก 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	15	30
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	6. ผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม รายการข้อมูล 11 / รายการข้อมูล 12 x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คป. สอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละผู้มีอายุ 15 – 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	5	10
	2	ร้อยละผู้มีอายุ 15 – 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	7.5	15
	3	ร้อยละผู้มีอายุ 15 – 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	10	20
	4	ร้อยละผู้มีอายุ 15 – 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	12.5	25
	5	ร้อยละผู้มีอายุ 15 – 59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	15	30
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	7. ผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก รายการข้อมูล 13 / รายการข้อมูล 14 x 100			
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด/คป. สอ./รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2
	1	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	10	20
	2	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	12.5	25
	3	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	15	30
	4	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	17.5	35
	5	ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	20	40

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
	1. อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำ ความสะอาดฟัน (คน)	ร้อยละ	13.94	38.50	35.90
	2. อัตราเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	ร้อยละ	55.23	56.11	64.54
	3. อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือ ปฏิบัติ และ plaque control (คน)	ร้อยละ	53.83	45.57	66.16
	4. อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	ร้อยละ	64.61	59.23	65.50
	5. อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรมแพท (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	40.91	28.69	26.41
	6. อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบ ความครอบคลุม)	ร้อยละ	48.04	38.28	33.26
	7. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้ แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	40.04	37.59	49.55
	เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central สสจ.หนองคาย กสร. ณ วันที่ 1 กันยายน 2565 * ปี 2564 และ 2565 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ** ปี 2565 เป็นข้อมูล 11 เดือน และมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)				
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์	โทร. 089-7106864			
	นางนิษานาถ อนุศักดิ์	โทร 091-8655252			
	นายอานนท์ พรหมแพน	โทร 088-0569025			
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ139			

ตัวชี้วัดที่ 44	ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก				
44.2/42.2/18.2	อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก				
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 1 มกราคม ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ที่ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน 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	จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด				
	จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.26 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก -> คอลัมน์ จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด				
รายการข้อมูล 2	จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.26 OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก -> คอลัมน์ จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง รวม เป็นภาพรวมจังหวัด				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2 x 100				
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด/ ระดับ คป.สอ./ ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2	
	1	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	
	2	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 12.5	ร้อยละ 25	
	3	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 15	ร้อยละ 30	
	4	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 17.5	ร้อยละ 35	
	5	ร้อยละผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
				2563	2564
				2565	
	อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก		ร้อยละ	46.14	42.90
				67.95	

	ตารางแสดงผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ จ.หนองคาย ปีงบประมาณ 2563-2565		
	เครือข่ายบริการ	ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	
		ปี 2563	ปี 2564
	ปี 2565		
	เมืองหนองคาย	14.62	18.27
	ท่าบ่อ	68.89	69.60
	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	20.00
	โพธิ์ตาก	65	56.14
	รพ.พิสัยเวช	30.19	32.61
	จ.หนองคาย	46.14	42.90
เอกสารอ้างอิง	เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข		
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์		โทร. 089-7106864
	นางนิษานาถ อนุศักดิ์		โทร 091-8655252
	นายอานนท์ พรหมแพน		โทร 088-0569025
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		โทร. 0 42413354 ต่อ139

ตัวชี้วัดที่ 44	ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก																																																		
44.3/42.3/-	อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด																																																		
คำนิยาม	บริการทันตกรรมเฉพาะทาง หมายถึง หัตถการที่ได้รับการจัดกลุ่มเป็นงานทันตกรรมเฉพาะทาง บริการทั้งหมด หมายถึง หัตถการที่ได้รับการจัดกลุ่มเป็นงานส่งเสริมป้องกัน, ทันตกรรมพื้นฐาน และทันตกรรมเฉพาะทาง																																																		
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.หนองคาย (S) มีผลงานให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 13 รพ.ท่าบ่อ M1/โพนพิสัย M2 มีผลงานให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 13 โรงพยาบาล Service Plan type F1,F2 มีผลงานให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 โรงพยาบาล Service Plan type F3 ให้ดำเนินการตามศักยภาพของทันตแพทย์																																																		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนรหัสหัตถการทันตกรรมของผู้ป่วยมารับบริการทันตกรรม ที่ได้รับการจัดกลุ่มเป็นงานส่งเสริม ป้องกัน, ทันตกรรมพื้นฐาน และทันตกรรมเฉพาะทางทั้งหมด																																																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข																																																		
รายการข้อมูล 1	จำนวนรหัสหัตถการกลุ่มทันตกรรมเฉพาะทางจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบ สนอง Service Planสาขาสุขภาพช่องปาก -> 15. OHSP ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อ บริการทั้งหมด -> คอลัมน์ A จำนวนรหัสหัตถการทันตกรรมเฉพาะทาง																																																		
รายการข้อมูล 2	จำนวนรหัสหัตถการกลุ่มทันตกรรมเฉพาะทางจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบ สนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 15. OHSP ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ต่อบริการทั้งหมด -> คอลัมน์ B จำนวนรหัสหัตถการทั้งหมด (หนึ่ง visit ทำหลายหัตถการนับตาม จำนวนที่ทำ) (หากเป็นงานตรวจนับเฉพาะตรวจทั้งปาก+วางแผน)																																																		
สูตรการคำนวณ	รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2 x 100																																																		
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	<table><tr><th rowspan="2">ระดับ คะแนน</th><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th><th colspan="2">จำนวนแห่ง</th></tr><tr><th>รอบ 1</th><th>รอบ 2</th></tr><tr><td>1</td><td rowspan="5">จำนวนโรงพยาบาลระดับ S , M และ F1-F2 บริการทันตกรรม เฉพาะทางได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดตามรอบประเมิน</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>3</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>6</td><td>6</td></tr></table>	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	จำนวนแห่ง		รอบ 1	รอบ 2	1	จำนวนโรงพยาบาลระดับ S , M และ F1-F2 บริการทันตกรรม เฉพาะทางได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดตามรอบประเมิน	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	6																												
ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			จำนวนแห่ง																																															
		รอบ 1	รอบ 2																																																
1	จำนวนโรงพยาบาลระดับ S , M และ F1-F2 บริการทันตกรรม เฉพาะทางได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดตามรอบประเมิน	2	2																																																
2		3	3																																																
3		4	4																																																
4		5	5																																																
5		6	6																																																
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ คปสอ.	<table><tr><th rowspan="2">ระดับ คะแนน</th><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th><th colspan="2">รพ.ระดับ S</th><th colspan="2">รพ.ระดับ M1,M2</th><th colspan="2">รพ.ระดับ F2</th></tr><tr><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th><th>รอบที่ 1</th><th>รอบที่ 2</th></tr><tr><td>1</td><td rowspan="5">อัตราจำนวนรายบริการทัน ตกรรมเฉพาะทางต่อบริการ ทั้งหมด</td><td>5</td><td>9</td><td>5</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>6</td><td>10</td><td>6</td><td>10</td><td></td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>7</td><td>11</td><td>7</td><td>11</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>4</td><td>8</td><td>12</td><td>8</td><td>12</td><td></td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>9</td><td>13</td><td>9</td><td>13</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รพ.ระดับ S		รพ.ระดับ M1,M2		รพ.ระดับ F2		รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 1	รอบที่ 2	1	อัตราจำนวนรายบริการทัน ตกรรมเฉพาะทางต่อบริการ ทั้งหมด	5	9	5	9	1	1	2	6	10	6	10		2	3	7	11	7	11	2	3	4	8	12	8	12		4	5	9	13	9	13	3	5
ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			รพ.ระดับ S		รพ.ระดับ M1,M2		รพ.ระดับ F2																																											
		รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 1	รอบที่ 2																																												
1	อัตราจำนวนรายบริการทัน ตกรรมเฉพาะทางต่อบริการ ทั้งหมด	5	9	5	9	1	1																																												
2		6	10	6	10		2																																												
3		7	11	7	11	2	3																																												
4		8	12	8	12		4																																												
5		9	13	9	13	3	5																																												
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด																																																		
	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ																																															
				2563	2564	2565																																													
	โรงพยาบาลหนองคาย S (หนองคาย)		ร้อยละ	10.44	9.73	7.84																																													
	โรงพยาบาล M1-2 (ท่าบ่อ+โพนพิสัย)		ร้อยละ	9.92	13.14	13.14																																													
	โรงพยาบาล F2 (สังคม, ศรีเชียงใหม่,เผ่าไร่)		ร้อยละ	7.85	7.4	3.13																																													
รวมจังหวัดหนองคาย		ร้อยละ	8.3	9.17	7.92																																														

เอกสารอ้างอิง	เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒินวงศ์	โทร. 089-7106864
	นายอานนท์ พรหมแพน	โทร. 088-0569025
	น.ส.กิริติกานต์ ไตรยางค์	โทร. 098-1578388
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ139

ตัวชี้วัดที่ 44	ผลการดูแลสุขภาพช่องปาก					
44.4/42.4/-	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก					
คำนิยาม	- หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - มาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก หมายถึง เกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ศักยภาพบริการสุขภาพช่องปากด้านที่ 2 อัตรากำลังคน ด้านที่ 3 ด้านโครงสร้างกายภาพ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือ					
เกณฑ์เป้าหมาย	1. มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 2. มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูงอย่างน้อย 1 แห่ง					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะผู้ประเมินตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก ระดับเขต/จังหวัด กำหนด ดำเนินการประเมินบริการปฐมภูมิ โดยใช้เกณฑ์ การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)					
รายการข้อมูล 1	จำนวน PCU/NPCU ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ					
รายการข้อมูล 2	จำนวน PCU/NPCU ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 3	จำนวนจังหวัดที่มี PCU/NPCU ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ขั้นสูงอย่างน้อย 1 แห่ง					
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมายที่ 1. (รายการข้อมูล 1/ รายการข้อมูล 2) x 100 เกณฑ์เป้าหมายที่ 2. รายการข้อมูล 3					
เกณฑ์การให้คะแนน	*** รอบที่ 1 ประเมินโดย เครือข่ายประเมินตนเองร่วมกับ คปสอ. รอบที่ 2 ประเมินโดยคณะทำงานระดับจังหวัด					
- ระดับจังหวัด						
- ระดับ คป.สอ.						
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		
	1	ร้อยละ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	5	5		
	2	ร้อยละ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	10	10		
	3	ร้อยละ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	15	15		
	4	ร้อยละ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	20	20		
	5	ร้อยละ PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	25	25		
- ระดับจังหวัด	ผ่าน	มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง		1 แห่ง		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีตปีงบประมาณ		
				2563	2564	2565
	ร้อยละ PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ		ร้อยละ	-	-	-
	จำนวน PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ขั้นสูง		แห่ง	-	-	-

เอกสารอ้างอิง	เกณฑ์มาตรฐานกำหนดขึ้นมาใหม่ โดยอ้างอิงตามแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เดือน มกราคม 2565 	
ผู้รับผิดชอบ	ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิมังค์	โทร. 089-7106864
	นายอานนท์ พรหมแพน	โทร 088-0569025
	นางนิชานาถ อนุศักดิ์	โทร 091-8655252
	น.ส.กิริติกานต์ ไตรยางค์	โทร. 098-1578388
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	โทร. 0 42413354 ต่อ139

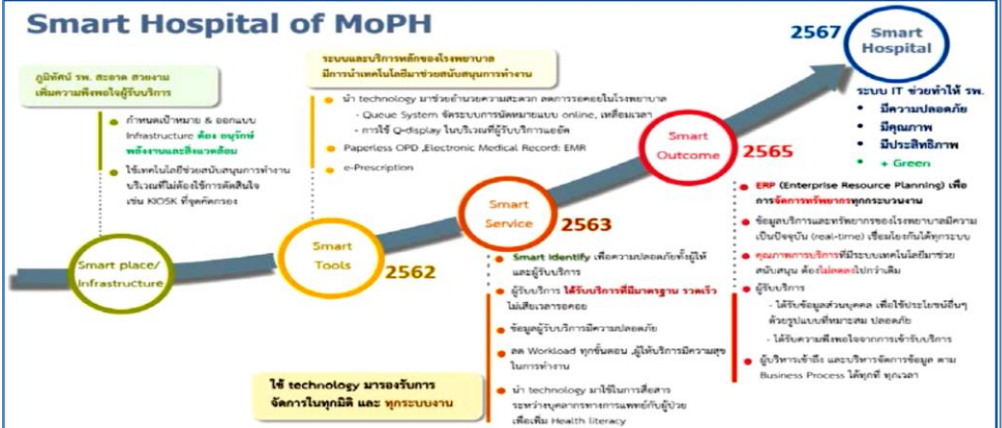
องค์ประกอบที่ 4 Innovation Base

ตัวชี้วัดที่ 45/43/19	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R, นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	หน่วยบริการ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทุกระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ ทาง การพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัยหรือพัฒนาได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด รวมถึง นวัตกรรม (innovation) ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ ทาง การพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ระดับจังหวัด เขต ประเทศและต่างประเทศ รวมถึงนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุใน โครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐาน ปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพและนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ ตามคำจำกัดความของหมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี ผลงานวิจัย/R2R และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปเผยแพร่/ใช้ประโยชน์ในการ แก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้ 1) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทาง การแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชันสูตร การใช้ อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น 2) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การ จัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สาร ระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น 3) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่าย ผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้นๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการ นำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในจังหวัดหนองคาย จำนวน 92 หน่วย (สสจ, รพท., รพช., สสอ., รพ.สต.)
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด/คปสอ : ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R ด้านสุขภาพที่มีการ เผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ (ร้อยละ 80) ระดับ รพ.สต. : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงาน ต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (5 ขั้นตอน)
วิธีการประเมิน	แผนปฏิบัติการ/เอกสารรูปแบบรายงานผลโครงการวิจัย/R2R /รายงานผลการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566

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

	รอบที่2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปเล่ม สมบูรณ์ หรือบทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 60
	2	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปเล่ม สมบูรณ์ หรือบทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 80
	3	หน่วยงานมีผลงานได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ในเวทีระดับอำเภอ หรือ มีผลงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ที่เป็นรูปเล่ม สมบูรณ์ หรือบทความวิจัย (Manuscript) ร้อยละ 100
	4	หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในระดับ จังหวัด เขต ประเทศ ร้อยละ 60
	5	หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ผลงาน/ส่งผลงานเข้า นำเสนอในระดับ จังหวัด เขต ระดับประเทศ ร้อยละ 80
ระดับ รพ.สต.	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ ประโยชน์	
สูตรคำนวณ	ระดับความสำเร็จ 5 ขั้นตอน	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	รอบที่ 1	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงาน มีแผนพัฒนางาน/โครงการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย
	2	พัฒนาบุคลากรในการพัฒนางานวิจัย R2R
	3	มีผลการวิเคราะห์ห้องค์กร/หน่วยงาน กำหนดปัญหาการวิจัย (Research Question) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
	4	ออกแบบกระบวนการวิจัย / ขอรับการรับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ใน กรณีที่การศึกษาวิจัยกระทำต่อมนุษย์
	5	หน่วยงานที่มีการดำเนินงานวิจัย/ R2R เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ถึงบทที่ 3 สำหรับงานวิจัย หรือสำหรับ R2R ถึงหัวข้อที่ 8 กำหนดขั้นตอนและวิธีการในการ เก็บข้อมูล
	รอบที่ 2	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	หน่วยงานมีผลงานวิจัย /R2R หรือบทความวิจัย(Manuscript) ที่เป็นรูปเล่มที่ สมบูรณ์
	3	มีการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์
	5	มีการเผยแพร่/นำเสนอผลงานวิชาการในเวทีวิชาการระดับจังหวัด หรือ เขต หรือ ประเทศ

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน			ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																																																														
	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด																																																															
			2563	2564	2565																																																												
	ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย, R2R , นวัตกรรมด้านสุขภาพภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ	ร้อยละ	60 (6/10)	93.48 (73/88)	83.10 (59/71)																																																												
ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565																																																																	
<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>21</td><td>21</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>19</td><td>19</td><td>100</td></tr><tr><td>4</td><td>ศรีเชียงใหม่</td><td>8</td><td>5</td><td>62.50</td></tr><tr><td>5</td><td>สังคม</td><td>6</td><td>3</td><td>50</td></tr><tr><td>6</td><td>สระใคร</td><td>5</td><td>4</td><td>80</td></tr><tr><td>7</td><td>เผ่าไร่</td><td>9</td><td>9</td><td>100</td></tr><tr><td>8</td><td>รัตนวาปี</td><td>7</td><td>6</td><td>85.71</td></tr><tr><td>9</td><td>โพธิ์ตาก</td><td>7</td><td>7</td><td>100</td></tr><tr><td>10</td><td>พิสัยเวท</td><td>1</td><td>1</td><td>100</td></tr><tr><td></td><td>รวม</td><td>97</td><td>89</td><td>91.75</td></tr></table>						ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	1	หนองคาย	21	21	100	2	ท่าบ่อ	14	14	100	3	โพนพิสัย	19	19	100	4	ศรีเชียงใหม่	8	5	62.50	5	สังคม	6	3	50	6	สระใคร	5	4	80	7	เผ่าไร่	9	9	100	8	รัตนวาปี	7	6	85.71	9	โพธิ์ตาก	7	7	100	10	พิสัยเวท	1	1	100		รวม	97	89	91.75
ลำดับ	คปสอ.	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																																													
1	หนองคาย	21	21	100																																																													
2	ท่าบ่อ	14	14	100																																																													
3	โพนพิสัย	19	19	100																																																													
4	ศรีเชียงใหม่	8	5	62.50																																																													
5	สังคม	6	3	50																																																													
6	สระใคร	5	4	80																																																													
7	เผ่าไร่	9	9	100																																																													
8	รัตนวาปี	7	6	85.71																																																													
9	โพธิ์ตาก	7	7	100																																																													
10	พิสัยเวท	1	1	100																																																													
	รวม	97	89	91.75																																																													
เอกสารอ้างอิง	1. แผนงาน/โครงการ ซึ่งมีกิจกรรมพัฒนางานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ 2. เอกสารสรุปรายงานการประชุมหรือกิจกรรม 3. ภาพถ่ายกิจกรรม 4. เอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ หรือบทความวิจัย 5. เกียรติบัตรหรือใบรับรองว่าได้ร่วมนำเสนอผลงานวิจัย/R2R ในเวทีวิชาการต่างๆ 6. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานความสำเร็จของโครงการ																																																																
ผู้รับผิดชอบ	1. นางจิตติพร ดิษฐสร้อย นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		โทร.0 4242 923 ต่อ107																																																														
	2. นางสุปราณี พานารัตน์ นักทรัพยากรบุคคล		โทร.0956699329																																																														
	งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		โทร. 0 4242 923 ต่อ107																																																														
หัวหน้ากลุ่มงาน	นางสาวกชนันท์ คิดเห็น นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		โทรศัพท์. : 0956729645																																																														
	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		โทร. 0 4242 923 ต่อ107																																																														

ตัวชี้วัดที่ 46	ผลสำเร็จการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ
46.1/44.1/-	จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ 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 Challenges 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 โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น 4) Smart Outcome โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่

	สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม 5) Smart Hospital โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน เกณฑ์การประเมินผล ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1) Smart Place 1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenges ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป 1.2 Digital Look (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ) - มีจุดประชาสัมพันธ์พร้อมระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงบริการโรงพยาบาล - ตู้ Kiosk self service ที่ใช้งานได้ - มีบริการ Free WIFI ที่ใช้งานได้ - ป้ายประชาสัมพันธ์อิเล็กทรอนิกส์ 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: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ 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 แทนการเรียกบัตรประชาชน 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประมวลผลได้ 3.3 BPM : มีระบบสั่งการรักษาทงอิเล็กทรอนิกส์ โดยแพทย์ผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้มารับบริการ (visit) 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ ผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดการรับบริการ 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.6 BPM : มีระบบ e-payment ได้แก่ การชำระค่าบริการที่ไม่ได้จ่ายด้วยเงินสด 3.7 มีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลมาตรฐาน (HIS Gateway)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน

เป้าหมาย	หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital 9 แห่ง		
วิธีการประเมิน	ประเมินโดยทีมจังหวัด/ประเมินตนเอง/ผ่านเว็บไซต์ Smart Hospital		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566		
ระดับจังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ผ่านระดับคะแนน 5		
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 5 แห่ง	
	2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 6 แห่ง	
	3	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 7 แห่ง	
	4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 8 แห่ง	
	5	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital จำนวน 9 แห่ง	
ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน 5		
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน
	Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล Green & Clean Hospital Challenges	0.5
		1.2 Digital Look (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ) - มีจัดประชาสัมพันธ์พร้อมระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงบริการโรงพยาบาล - ตู้ Kiosk self service ที่ใช้งานได้ - มีบริการ Free WIFI ที่ใช้งานได้ - ป้ายประชาสัมพันธ์อิเล็กทรอนิกส์	เต็ม 1 คะแนน
	Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)	2.1 มีระบบแสดงลำดับคิวเข้ารับบริการตรวจรักษา บริเวณหน้าห้องพบแพทย์	เต็ม 1.5 คะแนน มี ≥2 ข้อ = 1.5 คะแนน มี 1 ข้อ = 0.75 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน
		2.2 Queue Online มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ Online	
		2.3 Smart Device มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์อย่างน้อย 1 อุปกรณ์เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ	
		2.4 มีช่องทางการจองคิวเข้ารับบริการผ่านทางระบบ Online อย่างน้อย 1 ช่องทาง	
	Smart Services (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)	3.1 ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน	มีการดำเนินการตามข้อ 3.1-3.6 เต็ม 1 คะแนน 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
		3.2 มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประมวลผลได้	
		3.3 มีระบบสั่งการรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ให้การรักษา (OPOE) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้มารับบริการ (Visit)	
3.4 มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ			

		3.5 มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.6 มีระบบ e-payment รับชำระค่าบริการที่ไม่ได้จ่ายด้วยเงินสด 3.7 มีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลมาตรฐาน (HIS Gateway) ภายในระยะเวลา 1 เดือน	เต็ม 1 คะแนน Online + Sending = 1 คะแนน Offline + Sending = 0.5 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	หน่วยวัด แห่ง	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 256325642565 3 แห่ง3 แห่ง2 แห่ง																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 <table><tr><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>หนองคาย</th><th>ท่าบ่อ</th><th>โพนพิสัย</th><th>ศรีเชียงใหม่</th><th>สังคม</th><th>สระใคร</th><th>เผ่าไร่</th><th>รัตนวาปี</th><th>โพธิ์ตาก</th><th>จำนวน</th></tr><tr><td rowspan="5">Smart Place</td><td>1.1</td><td>Green & Clean</td><td>ดีมาก Plus</td><td>ดีมาก Plus</td><td>ดีมาก Plus</td><td>ดีมาก</td><td>ดีมาก Plus</td><td>ดีมาก</td><td>พื้นฐาน</td><td>ดีมาก</td><td>ดี</td><td>8</td></tr><tr><td>1.2</td><td>Digital Look</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1)</td><td>ประชาสัมพันธ์</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>6</td></tr><tr><td>2)</td><td>ตู้ Kiosk</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>2</td></tr><tr><td>3)</td><td>Free WIFI</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>9</td></tr><tr><td></td><td>4)</td><td>ป้ายอิเล็กทรอนิกส์</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>4</td></tr><tr><td></td><td></td><td>ผล</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>6</td></tr><tr><td rowspan="5">Smart Tools</td><td>2.1</td><td>Queue</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>8</td></tr><tr><td>2.2</td><td>Queue Online</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>2</td></tr><tr><td>2.3</td><td>Device</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>9</td></tr><tr><td>2.4</td><td>Official Line</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td>ผล</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>8</td></tr><tr><td rowspan="10">Smart Service</td><td>3</td><td rowspan="3">แพทย์เริ่มตรวจ</td><td>178</td><td>88</td><td>63</td><td>35</td><td>44</td><td>177</td><td>58</td><td>51</td><td>62</td><td rowspan="3"></td></tr><tr><td>181</td><td>181</td><td>181</td><td>181</td><td>181</td><td>181</td><td>181</td><td>181</td><td>181</td></tr><tr><td>98.34</td><td>48.62</td><td>34.81</td><td>19.34</td><td>24.31</td><td>97.79</td><td>32.04</td><td>28.18</td><td>34.25</td></tr><tr><td></td><td>ผล</td><td>ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>2</td></tr><tr><td>3.1</td><td>ยกเลิกสำเนา</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>9</td></tr><tr><td>3.2</td><td>EMR</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>9</td></tr><tr><td>3.3</td><td>OPOE</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>9</td></tr><tr><td>3.4</td><td>ระยะเวลาออกคอย</td><td>มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>5</td></tr><tr><td>3.5</td><td>นัดเหลื่อมเวลา</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>ไม่มี</td><td>8</td></tr><tr><td>3.6</td><td>e-payment</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>มี</td><td>9</td></tr><tr><td></td><td>ผล</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>9</td></tr><tr><td></td><td>สรุปผล</td><td>ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>2</td></tr></table>			เกณฑ์การให้คะแนน		หนองคาย	ท่าบ่อ	โพนพิสัย	ศรีเชียงใหม่	สังคม	สระใคร	เผ่าไร่	รัตนวาปี	โพธิ์ตาก	จำนวน	Smart Place	1.1	Green & Clean	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก	ดีมาก Plus	ดีมาก	พื้นฐาน	ดีมาก	ดี	8	1.2	Digital Look											1)	ประชาสัมพันธ์	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	6	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)	ป้ายอิเล็กทรอนิกส์	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	4			ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	6	Smart Tools	2.1	Queue	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	8	2.2	Queue Online	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2	2.3	Device	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9	2.4	Official Line	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	8	Smart Service	3	แพทย์เริ่มตรวจ	178	88	63	35	44	177	58	51	62		181	181	181	181	181	181	181	181	181	98.34	48.62	34.81	19.34	24.31	97.79	32.04	28.18	34.25		ผล	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	2	3.1	ยกเลิกสำเนา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9	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	ระยะเวลาออกคอย	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	5	3.5	นัดเหลื่อมเวลา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	8	3.6	e-payment	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	9		สรุปผล	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	2
เกณฑ์การให้คะแนน		หนองคาย	ท่าบ่อ	โพนพิสัย	ศรีเชียงใหม่	สังคม	สระใคร	เผ่าไร่	รัตนวาปี	โพธิ์ตาก	จำนวน																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Smart Place	1.1	Green & Clean	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก	ดีมาก Plus	ดีมาก	พื้นฐาน	ดีมาก	ดี	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	1.2	Digital Look																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	1)	ประชาสัมพันธ์	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	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)	ป้ายอิเล็กทรอนิกส์	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Smart Tools	2.1	Queue	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	2.2	Queue Online	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	2.3	Device	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	2.4	Official Line	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
		ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Smart Service	3	แพทย์เริ่มตรวจ	178	88	63	35	44	177	58	51	62																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	181		181	181	181	181	181	181	181	181																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	98.34		48.62	34.81	19.34	24.31	97.79	32.04	28.18	34.25																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		ผล	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	3.1	ยกเลิกสำเนา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	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	ระยะเวลาออกคอย	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	3.5	นัดเหลื่อมเวลา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	3.6	e-payment	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	ผล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	สรุปผล	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
เอกสารอ้างอิง	- แบบสอบถาม Smart Hospital สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข - ประเมินจากการตรวจเยี่ยม/ซักถาม การปฏิบัติงานจริง - เว็บไซต์ Smart Hospital Nong Khai																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ผู้รับผิดชอบ	นายอิศราวุธ สุลา นายภาสกร ประดับวงศ์ งานข้อมูลฯ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	โทร. 09 4530 9001 โทร. 08 5924 9926 โทร. 0 4242 923 ต่อ 106, 117																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

ตัวชี้วัดที่ 46	ผลสำเร็จการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ
46.2/44.2/20	ร้อยละบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 1) ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี 2) ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข (บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ *** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก 1. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions Development Agency: ETDA) ตาม “ประกาศข้อเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” และ 2. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตาม มาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วย แนวทางการจัดทำกระบวนการและการดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐ แล้ว บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS) ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด ทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 1 เมษายน 2565)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) บุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ (สสจ./รพ./สสอ./รพ.สต.) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) 2) ประชาชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการ (อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 เมษายน 2565)
เป้าหมาย	ร้อยละบุคลากร และ ประชาชน มี ดิจิทัลไอดี - บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 80 - ประชาชน ร้อยละ 25

วิธีการประเมิน	1. หน่วยบริการภาครัฐทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงตามฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข																	
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566																	
ทุกระดับ	ร้อยละบุคลากร และ ประชาชน มี ดิจิทัลไอดี																	
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีดิจิทัลไอดี																	
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในหน่วยงาน																	
รายการข้อมูล 3	A2 = ประชาชนที่รับผิดชอบของหน่วยงานที่มีดิจิทัลไอดี																	
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาที่รับผิดชอบของหน่วยงาน																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละบุคลากรมี ดิจิทัลไอดี (A1/B1) x 100																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละประชาชนมี ดิจิทัลไอดี (A2/B2) x 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด - ระดับ คปสอ. - ระดับ รพ.สต.	1) ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี																	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2														
	1	ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขที่มี ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 10	ร้อยละ 60														
	2	ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขที่มี ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 20	ร้อยละ 65														
	3	ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขที่มี ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 30	ร้อยละ 70														
	4	ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขที่มี ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 40	ร้อยละ 75														
	5	ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขที่มี ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80														
	2) ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ																	
	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2														
	1	ร้อยละประชาชนที่มีดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 2	ร้อยละ 5														
	2	ร้อยละประชาชนที่มีดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 4	ร้อยละ 10														
	3	ร้อยละประชาชนที่มีดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 6	ร้อยละ 15														
	4	ร้อยละประชาชนที่มีดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 8	ร้อยละ 20														
5	ร้อยละประชาชนที่มีดิจิทัลไอดี	ร้อยละ 10	ร้อยละ 25															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td></tr><tr><td>ดิจิทัลไอดี</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			2563	2564	2565	ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ	-	-	-
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ																
		2563	2564	2565														
ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ	-	-	-														
เอกสารอ้างอิง	คู่มือการปฏิบัติงาน ระบบดิจิทัลไอดี : https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/ หรือ Scan QR Code																	
ผู้รับผิดชอบ	1. นายอิศราวัธ สุลา		โทร 094-5309001															
	2. นายธนากร ทองคำ		โทร 085-5194629															
	3. นายมนัสพงษ์ พลภูมิ		โทร 087-2332023															
	งาน IT กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		โทร 0 4242 2923 ต่อ 106															

ตัวชี้วัดที่ 46	ผลสำเร็จการดำเนินงานด้านข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ																																										
46.3/44.3/-	จังหวัด/อำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด																																										
หน่วยวัด	ครั้ง																																										
น้ำหนัก	ร้อยละ																																										
คำอธิบาย	การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชน อพูน รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากระหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้ 1. โรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในปีงบประมาณ 2566 อย่างน้อย 3 โรงพยาบาล 2. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ 2.1 ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.2 มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ 2.3 มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth 2.4 มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน 2.5 มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ 3. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ																																										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง																																										
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : รพ.ในอำเภอมีการให้บริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง ระดับ คปสอ. : จำนวน PCU แต่ละอำเภอและกำหนดจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th><th>รพ.แม่ข่าย</th><th>จำนวน PCU</th><th>จำนวนครั้ง Telemedicine</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>รพ.หนองคาย</td><td>16</td><td>1,000</td></tr> <tr> <td>2</td><td>รพ.ท่าบ่อ</td><td>8</td><td>500</td></tr> <tr> <td>3</td><td>รพ.โพนพิสัย</td><td>10</td><td>600</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รพ.ศรีเชียงใหม่</td><td>3</td><td>250</td></tr> <tr> <td>5</td><td>รพ.สังคม</td><td>3</td><td>250</td></tr> <tr> <td>6</td><td>รพ.สระใคร</td><td>3</td><td>250</td></tr> <tr> <td>7</td><td>รพ.เผ้าไร่</td><td>5</td><td>350</td></tr> <tr> <td>8</td><td>รพ.รัตนวาปี</td><td>4</td><td>300</td></tr> <tr> <td>9</td><td>รพ.โพธิ์ตาก</td><td>1</td><td>150</td></tr> </tbody> </table>			ลำดับ	รพ.แม่ข่าย	จำนวน PCU	จำนวนครั้ง Telemedicine	1	รพ.หนองคาย	16	1,000	2	รพ.ท่าบ่อ	8	500	3	รพ.โพนพิสัย	10	600	4	รพ.ศรีเชียงใหม่	3	250	5	รพ.สังคม	3	250	6	รพ.สระใคร	3	250	7	รพ.เผ้าไร่	5	350	8	รพ.รัตนวาปี	4	300	9	รพ.โพธิ์ตาก	1	150
ลำดับ	รพ.แม่ข่าย	จำนวน PCU	จำนวนครั้ง Telemedicine																																								
1	รพ.หนองคาย	16	1,000																																								
2	รพ.ท่าบ่อ	8	500																																								
3	รพ.โพนพิสัย	10	600																																								
4	รพ.ศรีเชียงใหม่	3	250																																								
5	รพ.สังคม	3	250																																								
6	รพ.สระใคร	3	250																																								
7	รพ.เผ้าไร่	5	350																																								
8	รพ.รัตนวาปี	4	300																																								
9	รพ.โพธิ์ตาก	1	150																																								
วิธีการประเมิน	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะกรรมการด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด 2. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th																																										

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : มกราคม 2565 – กรกฎาคม 2566																																																																															
ระดับจังหวัด	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด																																																																															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/ Telemedicine”) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-10 E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15																																																																															
สูตรคำนวณ	A																																																																															
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	<table><tr><td></td><td></td><td colspan="3">จำนวนครั้ง</td></tr><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>รอบที่ 1</td><td colspan="2">รอบที่ 2</td></tr><tr><td>1</td><td>รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า</td><td>365</td><td colspan="2">700</td></tr><tr><td>2</td><td>รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า</td><td>730</td><td colspan="2">1,400</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า</td><td>1095</td><td colspan="2">2,100</td></tr><tr><td>4</td><td>รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า</td><td>1460</td><td colspan="2">2,800</td></tr><tr><td>5</td><td>รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า</td><td>1,825</td><td colspan="2">3,500</td></tr></table>							จำนวนครั้ง			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2		1	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	365	700		2	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	730	1,400		3	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	1095	2,100		4	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	1460	2,800		5	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	1,825	3,500																																									
		จำนวนครั้ง																																																																														
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	รอบที่ 1	รอบที่ 2																																																																													
1	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	365	700																																																																													
2	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	730	1,400																																																																													
3	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	1095	2,100																																																																													
4	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	1460	2,800																																																																													
5	รพ. มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล รวมกันไม่น้อยกว่า	1,825	3,500																																																																													
ระดับ คปสอ.	อำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด																																																																															
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 การบริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/ Telemedicine”) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-10 E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15																																																																															
สูตรคำนวณ	A																																																																															
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ. รอบที่ 1	<table><tr><th rowspan="2">จำนวน PCU ที่ขึ้นทะเบียน</th><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลแม่ข่าย</th><th colspan="5">รอบที่ 1 ระดับคะแนน (ครั้ง)</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>16</td><td>รพ.หนองคาย</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td></tr><tr><td>10</td><td>รพ.โพนพิสัย</td><td>60</td><td>120</td><td>180</td><td>240</td><td>300</td></tr><tr><td>8</td><td>รพ.ร.ท่าบ่อ</td><td>50</td><td>100</td><td>150</td><td>200</td><td>250</td></tr><tr><td>5</td><td>รพ.เผ้าไร่</td><td>35</td><td>70</td><td>105</td><td>140</td><td>175</td></tr><tr><td>4</td><td>รพ.รัตนวาปี</td><td>30</td><td>60</td><td>90</td><td>120</td><td>150</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.ศรีเชียงใหม่</td><td>25</td><td>50</td><td>75</td><td>100</td><td>125</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.สังคม</td><td>25</td><td>50</td><td>75</td><td>100</td><td>125</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.สระใคร</td><td>25</td><td>50</td><td>75</td><td>100</td><td>125</td></tr><tr><td>1</td><td>รพ.โพธิ์ตาก</td><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>60</td><td>75</td></tr></table>					จำนวน PCU ที่ขึ้นทะเบียน	เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลแม่ข่าย	รอบที่ 1 ระดับคะแนน (ครั้ง)					1	2	3	4	5	16	รพ.หนองคาย	100	200	300	400	500	10	รพ.โพนพิสัย	60	120	180	240	300	8	รพ.ร.ท่าบ่อ	50	100	150	200	250	5	รพ.เผ้าไร่	35	70	105	140	175	4	รพ.รัตนวาปี	30	60	90	120	150	3	รพ.ศรีเชียงใหม่	25	50	75	100	125	3	รพ.สังคม	25	50	75	100	125	3	รพ.สระใคร	25	50	75	100	125	1	รพ.โพธิ์ตาก	15	30	45	60	75
จำนวน PCU ที่ขึ้นทะเบียน	เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลแม่ข่าย	รอบที่ 1 ระดับคะแนน (ครั้ง)																																																																														
		1	2	3	4	5																																																																										
16	รพ.หนองคาย	100	200	300	400	500																																																																										
10	รพ.โพนพิสัย	60	120	180	240	300																																																																										
8	รพ.ร.ท่าบ่อ	50	100	150	200	250																																																																										
5	รพ.เผ้าไร่	35	70	105	140	175																																																																										
4	รพ.รัตนวาปี	30	60	90	120	150																																																																										
3	รพ.ศรีเชียงใหม่	25	50	75	100	125																																																																										
3	รพ.สังคม	25	50	75	100	125																																																																										
3	รพ.สระใคร	25	50	75	100	125																																																																										
1	รพ.โพธิ์ตาก	15	30	45	60	75																																																																										
เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ. รอบที่ 2	<table><tr><th rowspan="2">จำนวน PCU ที่ขึ้นทะเบียน</th><th rowspan="2">เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลแม่ข่าย</th><th colspan="5">รอบที่ 2 ระดับคะแนน (ครั้ง)</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>16</td><td>รพ.หนองคาย</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td><td>1,000</td></tr><tr><td>10</td><td>รพ.โพนพิสัย</td><td>400</td><td>450</td><td>500</td><td>550</td><td>600</td></tr><tr><td>8</td><td>รพ.ร.ท่าบ่อ</td><td>300</td><td>350</td><td>400</td><td>450</td><td>500</td></tr><tr><td>5</td><td>รพ.เผ้าไร่</td><td>150</td><td>200</td><td>250</td><td>300</td><td>350</td></tr><tr><td>4</td><td>รพ.รัตนวาปี</td><td>140</td><td>180</td><td>220</td><td>260</td><td>300</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.ศรีเชียงใหม่</td><td>130</td><td>160</td><td>190</td><td>220</td><td>250</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.สังคม</td><td>130</td><td>160</td><td>190</td><td>220</td><td>250</td></tr><tr><td>3</td><td>รพ.สระใคร</td><td>130</td><td>160</td><td>190</td><td>220</td><td>250</td></tr><tr><td>1</td><td>รพ.โพธิ์ตาก</td><td>110</td><td>120</td><td>130</td><td>140</td><td>150</td></tr></table>					จำนวน PCU ที่ขึ้นทะเบียน	เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลแม่ข่าย	รอบที่ 2 ระดับคะแนน (ครั้ง)					1	2	3	4	5	16	รพ.หนองคาย	600	700	800	900	1,000	10	รพ.โพนพิสัย	400	450	500	550	600	8	รพ.ร.ท่าบ่อ	300	350	400	450	500	5	รพ.เผ้าไร่	150	200	250	300	350	4	รพ.รัตนวาปี	140	180	220	260	300	3	รพ.ศรีเชียงใหม่	130	160	190	220	250	3	รพ.สังคม	130	160	190	220	250	3	รพ.สระใคร	130	160	190	220	250	1	รพ.โพธิ์ตาก	110	120	130	140	150
จำนวน PCU ที่ขึ้นทะเบียน	เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลแม่ข่าย	รอบที่ 2 ระดับคะแนน (ครั้ง)																																																																														
		1	2	3	4	5																																																																										
16	รพ.หนองคาย	600	700	800	900	1,000																																																																										
10	รพ.โพนพิสัย	400	450	500	550	600																																																																										
8	รพ.ร.ท่าบ่อ	300	350	400	450	500																																																																										
5	รพ.เผ้าไร่	150	200	250	300	350																																																																										
4	รพ.รัตนวาปี	140	180	220	260	300																																																																										
3	รพ.ศรีเชียงใหม่	130	160	190	220	250																																																																										
3	รพ.สังคม	130	160	190	220	250																																																																										
3	รพ.สระใคร	130	160	190	220	250																																																																										
1	รพ.โพธิ์ตาก	110	120	130	140	150																																																																										

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	จำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล	จำนวน	-	-	-
เอกสารอ้างอิง	คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 Version 2.4 รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับ บริการ https://bps.moph.go.th/healthdata/wp-content/uploads/2021/03/2.4-43 File_Structure-020364.pdf หรือลิงก์ย่อ https://moph.cc/h0DBTprMn				
ผู้รับผิดชอบ	นายอิสราวุธ สุลา		โทร. 09-4530-9001		
	นายมนัสพงษ์ พลภูมิ		โทร. 08-7233-2023		
	นายธนากร ทองคำ		โทร. 08-5519-4626		
	งาน IT กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ สสจ.หนองคาย		โทร. 0 4242 2923 ต่อ 106, 117		

องค์ประกอบที่ 5 Potential Base

ตัวชี้วัดที่ 47/45/-	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด																	
หน่วยวัด	ร้อยละ/ขั้นตอน																	
น้ำหนัก	ร้อยละ																	
คำอธิบาย	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ภายใต้การกำกับ ติดตามผล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะ สำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2566-2570 ดังนี้ 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปีดังนี้ <table><tr><th>พ.ศ.</th><th colspan="2">หมวดที่โดดเด่น</th></tr><tr><td>2566</td><td>2 หมวด</td><td>บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด</td></tr><tr><td>2567</td><td>1 หมวด</td><td rowspan="4">ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อมปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)</td></tr><tr><td>2568</td><td>1 หมวด</td></tr><tr><td>2569</td><td>1 หมวด</td></tr><tr><td>2570</td><td>1 หมวด</td></tr></table> 3. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครอบคลุม 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด 5. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 6. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์กร โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่น รายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยมีขั้นตอน การพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 1) การตั้งรับปัญหา (0-25%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่า เป็น			พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น		2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด	2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อมปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)	2568	1 หมวด	2569	1 หมวด	2570	1 หมวด
พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น																	
2566	2 หมวด	บังคับหมวด 2 ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก 1 หมวด																
2567	1 หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อมปีละ 1 หมวด (ในหมวด 1,3,4,5,6)																
2568	1 หมวด																	
2569	1 หมวด																	
2570	1 หมวด																	

	กระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี 2) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (30-45%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และ เป้าประสงค์เชิงปริมาณ 3) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (50-65%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็น กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้ และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหารกำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมี ผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี			
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : ระดับ 5 ระดับ คปสอ. : ระดับ 5 (ร้อยละ 100)			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริการ)			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : มิถุนายน 2566 – กันยายน 2566			
วิธีการประเมิน	1. ตรวจประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) จำนวน 2 รอบ 2. ประเมินผลจากระบบรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ; http://pmqa.moph.go.th/moph-pmqa/frontend/web/index.php			
ระดับจังหวัด/คปสอ.	1. สสจ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระดับ 5 ได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 2. สสอ.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาระดับ 5 ได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 ครอบคลุมแห่ง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานบริหาร ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุข 1 แห่ง, สาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง			
รายการข้อมูล 1	A : ผลรวมของระดับคะแนนที่ 1-5			
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน 5 คะแนน			
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$			
เกณฑ์การประเมินปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ผ่าน	1. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 6 เดือน ผ่าน	1. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) รอบ 9 เดือน ผ่าน	1. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ผ่านระบบ

	ระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) ส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566 3. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด รวม 36 ตัวชี้วัด (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566	ระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 2.ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2566	ระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 2.ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ. 2562 ผ่านระบบออนไลน์รอบ 9 เดือน โดยทีมตรวจประเมินฯ 3.ส่วนราชการดำเนินการรายงานผลจัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566	ออนไลน์ ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566 2.ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน. ภายในวันที่ 26 กันยายน 2566																																																												
วิธีการประเมินผล	<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th colspan="5">ขั้นตอนการดำเนินงาน</th></tr><tr><td>1</td><td colspan="5">ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วนส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</td></tr><tr><td></td><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td></td><td>0.20 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.60 คะแนน</td><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td></td><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr><tr><td></td><td colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="5">ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ 1-6 ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</td><td colspan="3">เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2">0.50 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">หมวด 1-6</td><td colspan="2">ไม่ครบ 6 หมวด</td><td>ครบ 6 หมวด</td></tr></table>				ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน					1	ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วนส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566						เกณฑ์การให้คะแนน						0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน		5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม		เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)					2	ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ 1-6 ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566						โอกาสในการปรับปรุง (OFI)		เกณฑ์การให้คะแนน						0.50 คะแนน		1 คะแนน		หมวด 1-6		ไม่ครบ 6 หมวด		ครบ 6 หมวด
ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																																																															
1	ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร (แบบฟอร์ม 1) ได้ครบถ้วนส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566																																																															
	เกณฑ์การให้คะแนน																																																															
	0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน																																																											
	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม																																																											
	เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)																																																															
2	ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ 1-6 ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566																																																															
	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)		เกณฑ์การให้คะแนน																																																													
			0.50 คะแนน		1 คะแนน																																																											
	หมวด 1-6		ไม่ครบ 6 หมวด		ครบ 6 หมวด																																																											

3	ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ) กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) จัดส่งภายในวันที่ 10 มกราคม 2566												
	<table><tr><th rowspan="2">สสจ.และ สสอ</th><th rowspan="2">การดำเนินการ</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.25 คะแนน</th><th>0.50 คะแนน</th></tr><tr><td></td><td>ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด</td><td>ไม่ครบ (18 ข้อ)</td><td>ครบ (18 ข้อ 36 ตัว)</td></tr></table>	สสจ.และ สสอ	การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.25 คะแนน	0.50 คะแนน		ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ 36 ตัว)		
	สสจ.และ สสอ			การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน								
		0.25 คะแนน	0.50 คะแนน										
	ตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ โดยเพิ่มเป็นหัวข้อละ 2 ตัวชี้วัด	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ 36 ตัว)										
ส่วนราชการรายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1-7.6 รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ส่งภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยทีมตรวจประเมินฯ													
<table><tr><th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>10-20 %</td><td>0.10</td></tr><tr><td>21-30 %</td><td>0.20</td></tr><tr><td>31-40 %</td><td>0.30</td></tr><tr><td>41-50 %</td><td>0.40</td></tr><tr><td>มากกว่า 50%</td><td>0.50</td></tr></table>	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน	10-20 %	0.10	21-30 %	0.20	31-40 %	0.30	41-50 %	0.40	มากกว่า 50%	0.50	
ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน												
10-20 %	0.10												
21-30 %	0.20												
31-40 %	0.30												
41-50 %	0.40												
มากกว่า 50%	0.50												
4	- ส่วนราชการ (สสจ. และ สสอ) รายงานผลลัพธ์การดำเนินงาน (แบบฟอร์ม 4) ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 9 เดือน ส่งภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 และ 12 เดือน ส่งภายในวันที่ 26 กันยายน 2566 - ส่วนราชการ (สสจ. และ สสอ) จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม 5.2) รอบ 9 เดือน ภายใน 4 กรกฎาคม 2566												
	<table><tr><th rowspan="2">ส่วนราชการ</th><th rowspan="2">การดำเนินการ</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.50 คะแนน</th><th>1 คะแนน</th></tr><tr><td rowspan="2">สสจ.และ สสอ.</td><td>1. รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1-7.6</td><td rowspan="2">ไม่ครบ</td><td rowspan="2">ครบ</td></tr><tr><td>2. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา PMQA.ในหมวดที่ดำเนินการ</td></tr></table>	ส่วนราชการ	การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.50 คะแนน	1 คะแนน	สสจ.และ สสอ.	1. รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1-7.6	ไม่ครบ	ครบ	2. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา PMQA.ในหมวดที่ดำเนินการ	
ส่วนราชการ	การดำเนินการ			เกณฑ์การให้คะแนน									
		0.50 คะแนน	1 คะแนน										
สสจ.และ สสอ.	1. รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ 7.1-7.6	ไม่ครบ	ครบ										
	2. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา PMQA.ในหมวดที่ดำเนินการ												
5	ทีมตรวจประเมินฯ ตรวจประเมินจากระบบและลงพื้นที่ตรวจประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ. 2562 <table><tr><th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>10-20%</td><td>0.20</td></tr><tr><td>21-30%</td><td>0.40</td></tr><tr><td>31-40%</td><td>0.60</td></tr><tr><td>41-50%</td><td>0.80</td></tr><tr><td>มากกว่า 50%</td><td>1.00</td></tr></table>	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน	10-20%	0.20	21-30%	0.40	31-40%	0.60	41-50%	0.80	มากกว่า 50%	1.00
ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน												
10-20%	0.20												
21-30%	0.40												
31-40%	0.60												
41-50%	0.80												
มากกว่า 50%	1.00												
เอกสารสนับสนุน	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/												

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงานขั้นตอน 1-5 ปีงบประมาณ		
			2563	2564	2535
	เป้าหมาย				
	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด		ร้อยละ 100		
	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		1 แห่ง	100	100
	2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		9 แห่ง	88.88	100
เอกสารอ้างอิง	1. เอกสารตามขั้นตอน 1 - 5 2. Application Report http://pmqa.moph.go.th/moph-pmqa/frontend/web/index.php รายนามตามแผนพัฒนา				
ผู้รับผิดชอบ	1. นางอุไรรัตน์ ศรีสม 2. นายสมพร เจือจันทิก		โทร. 088-5713729 โทร. 089-5711175		
	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		โทร. 0 4242 923 ต่อ 120		

ตัวชี้วัดที่ 48/46/21	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมาย (ร้อยละ 80)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ
คำอธิบาย	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการ ดังนี้ ด้านกระบวนการ 1. ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็น หมายถึง ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอปัญหาสุขภาพจากประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ โดย คปสอ. ในจังหวัดหนองคาย รวบรวมผลการประชาคม โดยจัดทำให้แล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน 2564 และนำข้อคิดเห็นไปปรับปรุงกระบวนการทำงาน และส่งสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ถึงกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ 2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์, แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน หมายถึง คปสอ./รพ.สต. ในจังหวัดหนองคาย มีการจัดทำปฏิบัติการประจำปี 2566 โดย คปสอ.ส่งแผนปฏิบัติการให้ นพ.สสจ.เป็นผู้อนุมัติ, รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ, ศสม. ส่งแผนให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้อนุมัติ ทั้งนี้ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนพฤศจิกายน 2565 และมีชื่อผู้รับผิดชอบชัดเจนทั้ง รพ.และ สสอ. 3. มีการดำเนินงานตามแผน หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการภายในเดือนธันวาคม 2565 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 2566 ครั้งที่ 2 ภายในเดือนกรกฎาคม 2566 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	รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. ศสม. สอน. ทุกแห่ง รพ.พิสัยเวช
เป้าหมาย	ระดับ จังหวัด : อำเภอผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 80 ระดับ คปสอ. : ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับดีมาก ระดับ รพ.สต. : 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75
วิธีการประเมิน	เว็บ eVa NKPH
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566

ระดับจังหวัด	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์และมีผลลัพธ์บรรลุตามเป้าหมาย ร้อยละ 80				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ระดับดีมาก				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ระดับดีมาก ร้อยละ 40			
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ระดับดีมาก ร้อยละ 50			
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ระดับดีมาก ร้อยละ 60			
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ระดับดีมาก ร้อยละ 70			
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ระดับดีมาก ร้อยละ 80			
ระดับ คปสอ.	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับดีมาก				
รายการข้อมูล 1	A : คะแนนผลการดำเนินงานคุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล 2	B : คะแนนเต็ม				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ คปสอ.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับปรับปรุง			
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับพัฒนา			
	3	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับปานกลาง			
	4	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับดี			
	5	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ระดับดีมาก			
ระดับ รพ.สต.	KPI 5 Goal Setting ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวน KPI ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ตามกำหนด				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวน KPI ที่ประเมินทั้งหมด				
สูตรคำนวณ	A/B x 100				
เกณฑ์การให้คะแนน - ระดับ รพ.สต.	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	KPI 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 55			
	2	KPI 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 60			
	3	KPI 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 65			
	4	KPI 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 70			
	5	KPI 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 75			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ	
	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการยุทธศาสตร์		ร้อยละ	2563	2564
				2565	
				88.89% (8 อำเภอ)	88.89% (8 อำเภอ)

	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565							
	ลำดับ	คปสอ.	คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์			KPI 5 Goal Setting		
			คะแนนเต็ม	ผลคะแนน	ระดับ	KPI	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
	1	หนองคาย	100	97.19	ดีมาก	86	66	76.74
	2	ท่าบ่อ	100	80.12	ดีมาก	86	67	77.91
	3	โพนพิสัย	100	94.95	ดีมาก	81	73	90.12
	4	ศรีเชียงใหม่	100	69.69	พอใช้	79	56	70.89
	5	สังคม	100	87.91	ดีมาก	79	59	74.68
	6	สระใคร	100	91.67	ดีมาก	77	62	80.52
	7	เผ่าไร่	100	91.67	ดีมาก	78	62	79.49
	8	รัตนวาปี	100	76.67	ดี	77	64	83.12
	9	โพธิ์ตาก	100	89.39	ดีมาก	77	60	77.92
	10	พิสัยเวหา	-	-	-	42	29	69.05
		รวม	9 แห่ง	ระดับดีมาก	7 แห่ง	87	63	72.41
เอกสารอ้างอิง	1. แผนยุทธศาสตร์ 2. แผนปฏิบัติการ พขอ./แผนการจัดบริการตาม Service Plan 3. โครงการตามแผนปฏิบัติการ 4. รายงานการประชุม คปสอ. 5. ไฟล์การส่งสรุปการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนปฏิบัติการ 6. สรุปผลการนิเทศงาน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 7. สรุปผลการประเมิน รพ.สต./ศสม./ศูนย์บริการเทศบาล 8. ภาพถ่ายการประเมิน/นิเทศ							
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์				โทร. 08-1592-7689			
	นางศิวพร เลียววนิชย์เจริญ				โทร. 08-1662-4126			
	น.ส.เบญจมาศ คำใบ				โทร. 08-4961-8207			
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.หนองคาย				โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117, 119			

เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.

ลำดับ	รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้	เอกสารอ้างอิง
		รอบที่ 1	รอบที่ 2		
ด้านกระบวนการ					
1	ตำบลมีกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอปัญหาสุขภาพจากประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ - ไม่มีการจัดกระบวนการประชาคมฯ - จัดกระบวนการประชาคมฯ ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด - จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ยังไม่ส่งสรุปผล - จัดกระบวนการประชาคมฯ ภายในระยะเวลาที่กำหนด และส่งสรุปผล	5 คะแนน 0 คะแนน 1 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน		คปสอ.รวบรวมสรุปประเด็น ผลประชาคมระดับตำบล - สรุปผลการรับฟังความคิดเห็นเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ - ภาพกิจกรรม	
2	กำหนดผู้รับผิดชอบประสาน/รวบรวมแผนปฏิบัติราชการ/โครงการ ชัดเจน - ไม่มีชื่อผู้รับผิดชอบ - มีผู้รับผิดชอบ รพ. / สสอ. แห่งเดียว - มีผู้รับผิดชอบ รพ. / สสอ. ทั้งสองแห่ง	5 คะแนน 0 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน		รายชื่อผู้รับผิดชอบ ตำแหน่ง หมายเลขโทรศัพท์ ทั้งส่วนโรงพยาบาล และ สาธารณสุขอำเภอ	
3	หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนได้รับการอนุมัติภายในกำหนด - คปสอ./รพ. จัดทำแผนปฏิบัติการ - รพ.สต./ศสม. จัดทำแผนปฏิบัติการ - ผู้รับผิดชอบรวบรวมไฟล์ scan แผนปฏิบัติราชการที่ได้รับการอนุมัติแล้วส่ง สสจ. ภายใน พฤษจิกายน 2565 - หากได้รับงบประมาณเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ ให้จัดทำอนุมัติแผนปฏิบัติการ (เพิ่มเติม ครั้งที่...)	5 คะแนน <80% = 0 ร้อยละ 80 = 1 คะแนน ร้อยละ 85 = 2 คะแนน ร้อยละ 90 = 3 คะแนน ร้อยละ 95 = 4 คะแนน ร้อยละ 100 = 5 คะแนน		จัดทำแผนสรุปเป็นรูปเล่มตามแบบฟอร์ม อนุมัติแผนปฏิบัติการให้เสร็จสิ้น ภายในเดือนพฤษจิกายน2565 โดยที่ - คปสอ. (สสอ./รพ.) ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ นพ.สสจ. เป็นผู้อนุมัติ (1) - รพ.สต. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้อนุมัติ (2) - ศสม./PCU รพ. ส่งแผนปฏิบัติการ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้อนุมัติ (3)	
4	การดำเนินงานตามแผน				
4.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ - ทุกโครงการได้รับการลงนามภายในเดือนธันวาคม 2565 - กรณีมีการปรับกิจกรรม/งบประมาณ ให้ทำหนังสือขออนุมัติปรับกิจกรรม/งบประมาณ - กรณีขยายเวลาการโครงการดำเนินการ ให้ขออนุมัติก่อนวันสิ้นสุดโครงการ	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 2565 - กรณีโครงการที่มีจัดประชุม อบรม สัมมนา ให้เสนอ นพ.สสจ. ทนงคายนลงนาม	
4.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน ส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ (เริ่ม ม.ค.2566)	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.2566 รอบที่ 2 ช่วงเดือน ม.ค.-ก.ค.2566	
4.3	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		
5	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
5.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร ส่งไฟล์เอกสารรายการที่ (1)-(5) ทางเว็บ eVa ช้ากว่ากำหนด	5 คะแนน > 4 วัน=0 4 วัน=1 คะแนน 3 วัน=2 คะแนน 2 วัน=3 คะแนน 1 วัน=4 คะแนน ภายในกำหนด=5 คะแนน		ส่งสรุปผลการนิเทศงานและประเมินผลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (1) eSAR ผลการประเมินตนเองของ คปสอ. (2) eVaR ผล คปสอ. ประเมิน รพ.สต./ศสม. (3) สรุปผลการนิเทศ รพ.สต./ศสม. (4) จัดลำดับคะแนน รพ.สต. (5) เล่มสรุปรายงานผลการปฏิบัติงาน (6) ภาพถ่าย	
5.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ. คะแนนรูปเล่มรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขฯ	5 คะแนน ระดับปรับปรุง = 1 คะแนน ระดับพัฒนา = 2 คะแนน ระดับปานกลาง = 3 คะแนน ระดับดี = 4 คะแนน ระดับดีมาก = 5 คะแนน		* รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ. โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ - คะแนน <50 ระดับปรับปรุง - คะแนน 50-59.99 ระดับพัฒนา - คะแนน 60-69.99 ระดับปานกลาง - คะแนน 70-79.99 ระดับดี - คะแนน 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก	
ด้านผลลัพธ์					
6	KPI 4 Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	25 คะแนน <ร้อยละ55 = 0 คะแนน ร้อยละ 55 = 5 คะแนน ร้อยละ 60 = 10 คะแนน ร้อยละ 65 = 15 คะแนน ร้อยละ 70 = 20 คะแนน ร้อยละ 75 = 25 คะแนน		โดยที่ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ 5 Goal Setting มีผลงานผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 3-5 หรือ ตามที่กำหนด	
	รวมคะแนน	เต็ม 65 คะแนน	ได้	ร้อยละ	

สรุปตารางให้คะแนน

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนนเต็ม
	ด้านกระบวนการ				
1	ตำบลมีกระบวนการประชาคมฯ และ คปสอ.รวบรวมสรุปประเด็นฯ	5			
2	กำหนดผู้รับผิดชอบประสาน/รวบรวมแผนปฏิบัติการ/โครงการ ชัดเจน	5			
3	หน่วยงานจัดทำแผนและแผนปฏิบัติการได้รับการอนุมัติภายในกำหนด	5			
4	การดำเนินงานตามแผน				
4.1	การจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการ	5			
4.2	การส่งสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายเดือน	5			
4.3	ผลการใช้จ่ายงบประมาณ	5			
5	มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลงานโดยการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย				
5.1	ผลการส่งไฟล์เอกสาร	5			
5.2	รูปเล่มเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ คปสอ.	5			
	ด้านผลลัพธ์				
6	KPI 4Excellence ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด	25			
	รวมคะแนน	65			

ตัวชี้วัดที่ 48.1/-/-	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา							
หน่วยวัด	ร้อยละ							
น้ำหนัก	ร้อยละ							
คำอธิบาย	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE : Life Expectancy) หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร อายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE : Health-Adjusted Lift Expectancy) หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปี โดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร โดยปรับกับผลรวมของสถานะสุขภาพระดับต่างๆ ในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งมีการให้น้ำหนักของสถานะสุขภาพตั้งแต่ 0 ซึ่งหมายถึงการตายไปจนถึง 1 ซึ่งหมายถึง สุขภาพสมบูรณ์ที่สุด (Optimum health) ซึ่งจำนวนปีเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ จะถูกปรับค่าให้ลดลง หากประชากรทุกคนไม่ได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด และจำนวนปีจะลดลงมาก หากประชากรที่มีชีวิตอยู่นั้น มีสุขภาพที่ไม่ดี							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในจังหวัดหนองคาย ตามกระทรวงมหาดไทย							
เป้าหมาย	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) และอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น							
วิธีการประเมินผล	รอบที่ 1 ค่า LE และ HALE ปี 2565 รอบที่ 2 ค่า LE และ HALE ปี 2566							
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 เดือนมีนาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2564) รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม (ใช้ผลงานตั้งแต่มกราคม-ธันวาคม 2565)							
ระดับจังหวัด	ค่า LE และ ค่า HALE							
รายการข้อมูล 1	A : ค่า LE และ HALE รอบที่ 1 ปี 2563 / รอบที่ 2 ปี 2564							
รายการข้อมูล 2	B : ค่า LE และ HALE รอบที่ 1 ปี 2564 / รอบที่ 2 ปี 2565							
สูตรคำนวณ	B-A							
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	1. เกณฑ์การให้คะแนน LE			2. เกณฑ์การให้คะแนน HALE			
	1	ค่า LE ลดลง 1			ค่า HALE ลดลง 1			
	2	ค่า LE ลดลง 0.5			ค่า HALE ลดลง 0.5			
	3	ค่า LE คงที่			ค่า HALE คงที่			
	4	ค่า LE เพิ่มขึ้น 0.5			ค่า HALE เพิ่มขึ้น 0.5			
	5	ค่า LE เพิ่มขึ้น 1			ค่า HALE เพิ่มขึ้น 1			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ					
			2560	2561	2562	2563	2564	2565
	ค่า LE	ปี	76.78	77.15	76.66	77.62	77.48	รอ ธ.ค.65
	ค่า HALE	ปี	69.35	69.65	69.27	70.06	69.93	รอ ธ.ค.65

	LE & HALE ปี 2560-2562						
	อำเภอ	2560		2561		2562	
		LE	HALE	LE	HALE	LE	HALE
	เมือง	77.49	69.94	77.12	69.58	76.56	69.18
	ท่าบ่อ	79.79	71.71	77.95	70.25	79.00	71.10
	โพนพิสัย	75.33	68.24	75.31	68.22	75.57	68.47
	ศรีเชียงใหม่	76.22	68.78	77.73	70.12	74.70	67.55
	สังคม	77.05	69.69	75.48	68.38	77.16	69.75
	สระใคร	74.14	67.17	75.80	68.68	73.71	66.88
	เผ่าไร่	75.16	68.04	78.13	70.48	77.14	69.71
	รัตนวาปี	74.74	67.68	78.59	70.85	77.52	69.90
	โพธิ์ตาก	74.94	67.96	74.99	67.85	75.64	68.55
	จังหวัดหนองคาย	76.78	69.35	77.15	69.65	76.66	69.27
	LE & HALE ปี 2563-2564						
	อำเภอ	2563		2564		2565	
		LE	HALE	LE	HALE	LE	HALE
	เมือง	77.99	70.30	79.23	71.27	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	ท่าบ่อ	81.30	72.96	80.83	72.56	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	โพนพิสัย	76.89	69.53	76.60	69.28	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	ศรีเชียงใหม่	76.82	69.37	75.88	68.57	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	สังคม	76.55	69.27	75.19	68.19	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	สระใคร	74.42	67.60	74.59	67.66	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	เผ่าไร่	76.02	68.82	75.34	68.29	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	รัตนวาปี	76.50	69.15	75.85	68.67	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	โพธิ์ตาก	77.23	69.80	76.12	68.68	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
	จังหวัดหนองคาย	77.62	70.06	77.48	69.93	รอ ธ.ค.65	รอ ธ.ค.65
เอกสารอ้างอิง	1. จำนวนประชากรแยกรายอำเภอจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ.2560-2565 2. จำนวนประชากรเสียชีวิต จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2560-2565						
ผู้รับผิดชอบ	นางรติวัน พิสัยพันธ์			โทร. 08-1592-7689			
	นางศิวพร เลยวานิชย์เจริญ			โทร. 08-1662-4126			
	น.ส.เบญจมาศ คำใบ			โทร. 08-4961-8207			
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.หนองคาย			โทร. 0 4242 2923 ต่อ 117, 119			



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
โทร 0 4242 2923
โทรสาร 0 4241 2650
<https://www.nko.moph.go.th>